

ОБЩЕСТВЕННАЯ ПАЛАТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ИНСТИТУТ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ
(НЗ Нации)

Российский благотворительный фонд
«Нет алкоголизму и наркомании» (НАН)

Психологическое тестирование

**Диагностика и прогнозирование
отклоняющегося поведения подростков
в образовательной среде**

Учебно-методическое пособие

Под общей редакцией О.В. Зыкова

Москва, 2012

Авторы:

- Гурвич И. Н. доктор психологических наук, профессор Санкт-Петербургского государственного университета, факультета психологии, главный научный сотрудник Социологического Института РАН
- Антонова Н. А. кандидат психологических наук, Санкт-Петербургский государственный университет, факультет психологии
- Дубровский Р. Г. кандидат социологических наук

В настоящем методическом пособии представлены итоговые материалы работы по апробации методики «Оценка рисков и возможностей» ОРВ в образовательной среде, включая модифицированный вариант анкеты. Учебно-методическое пособие предназначено для практического использования специалистами системы образования, системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних и комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав.

Представленные в пособии материалы, могут быть также использованы разработчиками и координаторами программ профилактики в сфере общественного здоровья, осуществляемыми различными организациями на региональном и федеральном уровнях и официальными лицами, принимающими решения по данным вопросам.

Учебно-методическое пособие подготовлено в рамках проекта «Правовые и смысловые аспекты социально-психологического тестирования несовершеннолетних», реализованного Российским благотворительным фондом «Нет алкоголизму и наркомании» (НАН) за средства государственной поддержки, выделенные в качестве гранта в соответствии с распоряжением Президента Российской Федерации от 2 марта 2011 года №127-рп, совместно с Автономным муниципальным учреждением «Адмиралтейский медико-психологический центр» (Санкт-Петербург) на базе Колпинского района Санкт-Петербурга в ходе выполнения программы «Колпинский район — территория без наркотиков».

Серия изданий «Правовая наркология» является результатом программы, реализованной Российским благотворительным фондом «Нет алкоголизму и наркомании» (НАН) за средства субсидии из федерального бюджета, предоставленной Министерством экономического развития Российской Федерации в соответствии с приказом № 716 от 8 декабря 2011 г.

Серия «Правовая наркология». Под общей редакцией О.В.Зыкова.
Выпуск 2. Психологическое тестирование. – М: РФФ НАН, 2012. – 144 с.

ВЫРАЖЕНИЯ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Существенный вклад в реализацию осуществленного в Колпинском районе г. Санкт-Петербурга исследования и в подготовку материалов данного пособия внесли следующие специалисты и организации:

- Софронов А. Г. д. м. н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Северо-западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, главный психиатр и главный нарколог Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга
- Теплицкий В. Г. директор Автономного муниципального учреждения «Адмиралтейский медико-психологический центр»
- Виноградова Е. А. ведущий специалист отдела образования администрации Колпинского района г. Санкт-Петербурга
- Корнева И. Р. заведующая кабинетом профилактики зависимого поведения Центра психолого-педагогической реабилитации и коррекции (ЦППРиК) Колпинского района г. Санкт-Петербурга.
- Зуева И. Л. руководитель методического объединения социальных педагогов ЦППРиК Колпинского района г. Санкт-Петербурга.
- Шабалина В. В. к.п.н., доцент, руководитель реабилитационно-профилактической программы Автономного муниципального учреждения «Адмиралтейский медико-психологический центр»

Авторы выражают глубокую признательность также всем средним образовательным учреждениям Колпинского района г. Санкт-Петербурга, их администрации, социальным педагогам и психологам, принимавшим участие в исследовании.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Софронов Александр Генрихович,

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Северо-западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова, главный внештатный специалист по психиатрии и наркологии Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга

Проблемы, связанные с распространением наркомании сохраняют свою актуальность. В числе прочих мер, направленных на улучшение наркоситуации в стране, широко обсуждается перспектива тестирования отдельных групп населения на предмет употребления наркотических средств. Законодательные инициативы по внедрению тестирования вызвали неоднозначную реакцию со стороны специалистов и общественности и обширную дискуссию. Во многом причины этой дискуссии видятся в несовершенстве предлагаемых к использованию методик.

Исключительно медицинский подход, лежащий в основании российской практики обследования на предмет употребления психоактивных веществ (ПАВ), имеет существенные ограничения с учетом роли социально-психологических факторов формирования зависимости от ПАВ. Методы диагностики с помощью биохимических тестов мало пригодны для оценки больших социальных групп из-за их высокой стоимости и способности выявлять только факт употребления в ограниченном временном интервале.

Мировая практика решения этой проблемы в мире, основанная на тенденции к интеграции психиатрии, наркологии, психологии и социальных наук, состоит в расширении диагностического инструментария за счет клинического и психологического подходов, что позволяет, с одной стороны, учесть сложную этиологию наркопотребления, а с другой – получать статистически обоснованные оценки.

Авторы предлагаемого пособия представляют теоретическое обоснование методов и современной мировой практики, которые могут стать эффективной альтернативой попыткам тестирования на употребление ПАВ в системе образования и внести существенный вклад в развитие государственной системы мер по охране здоровья подрастающих поколений.

Лосев Игорь Васильевич,
*заместитель начальника Управления аппарата
Государственного антинаркотического комитета
по Северо-Западному федеральному округу, полковник полиции*

Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации, утвержденная Указом Президента РФ 9 июня 2010 года, декларирует приоритетность профилактических мер, что предполагает постоянное совершенствование системы взаимодействия между различными организациями, имеющими дело с неблагополучными подростками.

Сегодня проблема организации такой системы взаимодействия во многом заключается в фактическом отсутствии методов, которые позволили бы специалистам разных ведомств овладеть навыками объективной оценки поведения подростка и эффективно координировать свои усилия по оказанию ему комплексной помощи.

Предлагаемое пособие представляет современные подходы к решению этой проблемы, зарекомендовавшие себя в других странах и адаптированные к использованию в условиях российской образовательной среды. Внедрение методик, представленных в пособии, станет важным шагом в совершенствовании профилактики наркомании и других негативных явлений в подростковой среде.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	8
-----------------------	----------

Глава 1.

Поведенческие нарушения в подростковом возрасте	10
--	-----------

1.1. Понятия девиантного и делинквентного, аберрантного и абнормального, асоциального и антисоциального поведения	10
1.2. Психопатии и акцентуации личности	12
1.2.1. История возникновения учения о личностных расстройствах	12
1.2.2. Классификация личностных расстройств	17
1.2.3. Описание основных личностных радикалов	21
1.2.4. «Истинные» (конституциональные) психопатии	23
1.2.5. Психопатоподобные состояния органического генеза	26
1.2.6. «Нажитая» психопатия (педагогическая запущенность)	27
1.2.7. Отставание в психическом развитии	28
1.2.8. Соотношение понятий психопатии и акцентуации личности	31
1.3. Девиантное и делинквентное поведение	34
1.3.1. Общие основания объяснения девиантности	34
1.3.2. Подростковая девиантность	46
1.3.3. Алкоголизация	48
1.3.4. Наркопотребление	67
1.3.5. Социальный контроль и профилактика подростковой девиантности	74

Глава 2.

Диагностика поведенческих нарушений

в подростковом возрасте 86

2.1. Методики ранней диагностики поведенческих нарушений 86

2.1.1. Создание методик диагностики

и прогнозирования поведения подростков 86

2.1.2. Виды методик диагностики

прогнозирования поведения подростков 89

2.2. Методика оценки склонности к противоправному

поведению (адаптированный ОРВ) 93

2.2.1. История создания методики 93

2.2.2. Процедура апробации методики ОРВ 94

2.2.3. Применение методики 96

2.2.4. Инструкция по использованию методики ОРВ 97

2.2.5. Анализ поведенческих рисков постановки на разные виды учета подростков группы «риска» 106

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 122

ЛИТЕРАТУРА 123

Приложение 1 128

Приложение 2..... 135

ВВЕДЕНИЕ

Проблема подростковой девиантности в современном российском обществе уже давно вышла из узкой сферы компетенции педагогов и все чаще выступает аргументом в политических дискуссиях, средством социального давления, предметом повседневной озабоченности граждан. Вместе с тем до сих пор не преодолен «узковедомственный» подход к решению проблемы, и создание новых специализированных ведомств не улучшает ситуацию.

В соответствии с законами жанра во введении укажем на два фундаментальных положения в этой сфере, давно известных в мировой науке, но упорно игнорируемых наукой отечественной.

1. Все социальные изменения всегда и повсюду сопровождаются ростом уровня социальных отклонений в обществе, как негативных, так и позитивных по своим социальным последствиям.

2. Если в периоды социальной стабильности люди, в том числе, и люди науки, склонны атрибутировать девиантные проявления к психобиологическим особенностям людей, то в периоды социальных изменений такие проявления скорее атрибутируются к обществу в целом.

Отсюда понятно, почему наука «стабильного» советского общества развивала психобиологический подход к социальным отклонениям и с подозрением относилась к попыткам социологизирования в этой области.

В России до последнего времени достаточно надежными считались прогностические оценки, даваемые на основе клинического описания психических процессов, состояний, черт и личности в целом. Однако такой подход, показавший достаточную надежность применительно к душевнобольным, оказался значительно менее продуктивным применительно к лицам со слабовыраженными личностными расстройствами.

В подобной ситуации практический работник, имеющий дело с девиантными подростками, начинает испытывать вполне понятную растерянность. С одной стороны, пришедшая к нам с большим опозданием с Запада «антипсихиатрическая» мода диктует необходимость ориентации на «гуманный» социологический подход. С другой же – любые реальные коррекционные меры требуют ориентации на «антигуманный» психобиологический подход.

Конечно же, здесь нет непреодолимого противоречия. Оно «снимается» применением современных методик диагностики и коррекции девиантного поведения подростков, простых в применении и не требующих

для своего использования специальной психиатрической подготовки. В этих методах заложена естественная интеграция названных подходов применительно к конкретному подростку. К сожалению, эти методики практически неизвестны в нашей стране, зато широко используются и совершенствуются во многих странах, преимущественно западных, уже на протяжении нескольких десятилетий.

Предлагаемое пособие и призвано, в какой-то мере, положительно повлиять на сложившееся положение.

Глава 1.

Поведенческие нарушения в подростковом возрасте

1.1. Понятия девиантного и делинквентного, аберрантного и абнормального, асоциального и антисоциального поведения

Поведенческие нарушения и попытки их объяснения во все времена привлекали к себе внимание мыслителей, философов и ученых. Несмотря на обилие теорий, сложившихся в науке к сегодняшнему дню, развитие понятий, описывающих поведенческие нарушения, не прекращается до сих пор.

Девиантное (от англ. – отклонение) поведение – социологическое понятие, обозначающее любое поведение, отклоняющееся от общепринятых социальных норм. При этом необходимо иметь в виду, что понятие нормы, а, следовательно, и девиантности, очень относительно. Разные общества в разные времена имеют разные представления о норме и отклонениях от нее. Понятие девиации, как и нормы, может относиться только к какому-то определенному обществу в какое-то конкретное время. Поведение, девиантное в одном обществе, может быть вполне нормальным в другом, и наоборот.

Второе важное замечание относительно девиантного поведения состоит в том, что отклонения от нормы, бывают не только в негативную сторону. Существует понятие *позитивных девиаций*, которое означает поведенческие проявления, позитивно влияющие на самого человека и общество в целом. К позитивным девиациям относят, например, одаренность.

Делинквентное (от англ. – правонарушение) или *криминальное* поведение – криминологическое определение поведения лиц, совершивших то или иное правонарушение. В системе ювенальной юстиции данное понятие применяется в отношении подростков, совершивших правонарушения от незначительных по их тяжести до тяжких. Делинквентность может быть связана с личностной патологией, но и может не быть связана с ней.

Аберрантное (от англ. – искажение) поведение – клиническое понятие, под которым понимается искажение рисунка поведения по какому-то болезненному типу. При этом аберрации не подразумевают наличие психических нарушений. Человек проявляет поведение ду-

шевнобольного, но не страдает никаким душевным заболеванием. Поведенческие аберрации также называют психопатиями, личностными синдромами и синдромами расстройства личности.

Абнормальное (от англ. – ненормальное) поведение – понятие, используемое в психологии и педагогике, применяется к личностям с чрезмерно проявленными чертами – *акцентуациями*. Акцентуации могут быть врожденными, но обычно понятие абнормального поведения применяется к лицам, у которых расстройства поведения сформировались под воздействием внешних факторов. Подобные расстройства довольно широко распространены в российской популяции и обусловлены особенностями образа жизни населения: широкой распространенностью тяжелой алкоголизации, частым получением травм головного мозга в ходе бытовых происшествий, частым контактом на вредных производствах с органическими летучими соединениями, грубыми нарушениями норм труда и отдыха и т. д. Все эти факторы приводят к широкой распространенности микроорганических нарушений головного мозга среди населения, и, как следствие, – нарушениям поведения, как среди населения в целом, так и в подростковой субпопуляции.

Асоциальное поведение – собирательный социологический и политологический термин, применяемый обычно в отношении представителей неблагополучных и маргинальных слоев общества, которые неспособны придерживаться форм нормального поведения. Очень часто в основе этой неспособности лежат расстройства личности, например у наркопотребителей, работниц коммерческого секса, бродяг, попрошаек. В тоже время в основе асоциального поведения могут лежать особые культурные нормы и традиции, например, у цыган.

Антисоциальное поведение – целенаправленное отрицание социальных норм, ценностей со стороны отдельных людей или социальных групп. Чаще всего такое поведение характерно для социальных групп, выделяющих себя из общества по идеологическим или религиозным признакам, а также сторонников экстремистских взглядов или криминальных убеждений.

Одной из базовых функций общества является противодействие поведенческим нарушениям. Каждый из перечисленных выше видов поведения является предметом социального контроля со стороны тех или иных общественных или государственных институтов. Ниже приводится описание основных видов поведенческих нарушений, их причин и видов социального контроля в отношении этих нарушений.

1.2. Психопатии и акцентуации личности

1.2.1. История возникновения учения о личностных расстройствах

Считается, что расстройства личности чрезвычайно широко распространены в популяции. Хотя эмпирические данные об эпидемиологии личностных расстройств существенно варьируют от 0,3% до 13,5% (Петраков, Цыганков, 1996; de Girolamo, Reich, 1993; Каплан, Сэдок, 1994; Barnicotetal., 2011). Расхождения между приводимыми разными авторами данными связано с:

- отсутствием единства взглядов на сущность и критерии отграничения рассматриваемой психической патологии;
- различием в подходах и выборе инструмента исследований;
- природой клинических проявлений расстройств личности, обуславливающей сложности их верификации в процессе эпидемиологического скрининга (отсутствие ограниченного во времени дебюта, четкой этапности вразвитии, наличие длительных «бессимптомных» периодов, разделяющих эпизоды декомпенсации) (Смулевич, 2012).

Учение о расстройствах личности отмечено более чем вековой историей развития, при которой исследование психопатологии, биологических и социальных механизмов этиопатогенеза и социально-правовых аспектов происходило взаимосвязано. В литературе есть масса свидетельств об интересе к проблематике личностных расстройств задолго до XIX века. Однако научное осмысление учение об аномалиях личности получило в первой половине XIX века, благодаря работам французских психиатров F. Pinel и E. Esquirol, и английского психиатра J. Prichard (Millonet al., 2003). «Неправильное» поведение без признаков психического расстройства F. Pinel (1809) определяет как «манию без бреда» (*maniesansdelire*), J. Prichard (1835) – как «моральное помешательство» (*moral insanity*), E. Esquirol (1838) – как «инстинктивную мономанию», U. Trelat (1853) – как «люцидное помешательство». В этот же период отечественный психиатр Ф. И. Герцог (1846) сообщает о лицах со странностями характера, гневливостью, раздражительностью, необузданностью влечений.

Бурное развитие учения об аномалиях личности получает уже во второй половине XIX в. Значительный прогресс в этой области наметился на Западе благодаря работам W. Griesinger (1866), H. Maudsley (1871), R. Krafft-Ebing (1890), I. Koch (1891, 1900), V. Magnan, P. Legrain (1903), а в России – выдающихся ученых – психиатров В. М. Бехтерева (1886), С. С. Корсакова (1893), В. Х. Кандинского (1883), И. М. Балинского

(1884), В. П. Сербского (1900). Так, В. М. Бехтереву принадлежит первое специальное исследование и научно-клинический анализ психопатий: «Психопатия (психонервная раздражительная слабость) и её отношение к вменению» (1886). Психопатии В. М. Бехтерев расценивал как патологические состояния психики с лабильностью эмоций, импульсивностью и недостаточностью нравственного чувства. Основой аномалии личности В. Х. Кандинский считал неправильную организацию нервной системы, приводящую к непостоянству, изменчивости, дисгармонии всей душевной жизни (по Смулевич, 2012). В дальнейшем Е. Краепелин (1904) в немецкой школе психиатрии и С. С. Корсаков (1901) – в российской – уже описывают психопатию как самостоятельную форму психической патологии.

Таким образом, к концу XIX века складываются условия для выделения личностных расстройств в отдельную группу из всей массы психических патологий. Очевидно, что это обуславливалось не только накоплением знаний о характерологических нарушениях, но и стремлением к созданию нозологической систематики психических болезней, к более точным дефинициям в области психиатрии.

Однако, уже в XX веке в работах, посвященных исследованию расстройств личности, наметились два основных *концептуальных подхода* к изучению психопатий, которые сохраняются по сей день (Пережогин, 2000).

Первый подход – сугубо клинический – разработанный П. Б. Ганнушкиным (1933) и развитый Е. К. Краснушкиным (1960), О. В. Кербиковым (1961), подразумевал диагностику расстройств личности с опорой на строгие клинические критерии. П. Б. Ганнушкин (1933) подчеркивал, что психопатическая личность должна изучаться «как личность во всей ее полноте, во всем ее объеме». Особенностью данного подхода явилась трактовка расстройств личности в качестве группы клинически очерченных пограничных состояний, опора на клинический опыт, анализ клинического материала во всей его широте. Клинический подход к расстройствам личности был и остается характерным для отечественной психиатрии. Изучение расстройств личности в рамках клинического подхода развивалось по пути «от болезни к здоровью, от большой психиатрии к малой, пограничной» (Ганнушкин, 1933). В разработке учения о психопатиях в отечественной науке приняли участие такие ученые, как С. А. Суханов (1912), В. П. Осипов (1931), Е. А. Попов (1949), Н. И. Фелинская (1965), В. А. Гиляровский (1954).

Важным этапом в развитии клинических представлений о расстройствах личности явилась *концепция их динамики*, существенно расши-

рившая клинические горизонты психопатий (Ганнушкин, 1933; Кербинов, 1961). Концепция динамики психопатий выступает против статической характерологии, отвергает взгляд на психопатии как на застывшие, не меняющиеся в течение жизни аномалии. Расстройства личности представляют собой непрерывный континуум, включающий как пограничные с нормой формы, так и глубоко патологические варианты (Шостакович Б. В., 1963, Ревенко М. Г., 1967, Шостакович Б. В., 1971, Гусинская Л. В., 1979, Дмитриева Т. Б., 1990; Ю. В. Попов, 1991, и др.).

В немецкой психиатрии понимание расстройств личности тесно соприкасается с концепциями, принятыми в отечественной российской психиатрии. Личностные расстройства рассматриваются в качестве группы клинически очерченных пограничных состояний, которые могут быть диагностированы на основании строгих, клинически разработанных критериев. По мнению немецкой школы К. Schneider, опиравшегося на работы Е. Краепелин (1896) и Е. Kretschmer, (1921), D. Henderson, расстройства личности (психопатии) образуют широкий спектр переходных форм от “средней нормы” до выражено “социопатических личностей”, “которые страдают от своей аномальности и заставляют страдать от нее общество” (Шнайдер, 1999). Концепция К. Леонгарда и его последователей более, нежели школа К. Шнайдера, настаивают на типологической независимости форм расстройств личности, допускают меньше динамических переходов между ними (по Пережогину, 2000).

Второй подход – социопатический – характеризуется оценкой расстройств личности в качестве специфического «судебно-психиатрического диагноза». Данный подход доминирует сегодня в США, и в его основе лежит т. н. «антисоциальная концепция расстройств личности», согласно которой антисоциальное поведение является «стержневым паттерном расстройств личности» (Sutker, 1994). Американские авторы склонны трактовать расстройства личности как исключительно судебно-психиатрический диагноз и косвенно отождествлять с антисоциальным и преступным поведением (Friedland, 1991; Brooner et al., 1992; North et al., 1993; Serin, 1993; Hart, Hare, 1997 и др.). Таким образом, в США и ряде других стран отмечается тенденция расширенного диагностирования диссоциального расстройства личности (F 60.2 по МКБ – 10), без учета иных характерологических, психологических, психопатологических особенностей, кроме совершения преступления, «вызова обществу» (Walker, McCabe, 1973; McCord, 1982; Dolan, Coid, 1993; Fields, 1996). Так, в качестве критериев расстройств личности, которыми до сих пор

руководствуются американские врачи, выступают «плохая школьная характеристика с прогулами уроков, плохая характеристика трудовой деятельности, неблагоприятная история семейной жизни, злоупотребление наркотиками, алкогольными напитками, неоднократные аресты, агрессивность или драчливость, половая распущенность или половые извращения, попытки к самоубийству, импульсивное поведение, жизнь за чужой счет, бродяжничество, патологическая лживость, отсутствие сознания вины при преступлениях, безрассудные поступки» (O'Neal et al., 1962, цит. по Пережогину, 2001).

Хотя история учения о психопатиях (расстройствах личности) в России также неразрывно связана с судебно-психиатрической практикой, среди отечественных психиатров вызывает резкое возражение диагностика психопатий исключительно по критериям антисоциального поведения. По мнению Л. О. Пережогина (2001), указанная позиция в корне противоречит традициям отечественной судебной психиатрии, исходящей при вынесении экспертного решения, прежде всего, из клинической оценки состояния испытуемого. Немецкие психиатры также настойчиво предупреждают от прямого отождествления расстройств личности и антисоциального поведения.

Таким образом, при диагностировании у подростка расстройств личности недостаточно опираться лишь на кратковременные наблюдения за его поведением или по факту разовых эпизодов в поведении (суицидальной попытки, правонарушения, асоциального поступка).

В настоящее время большинство авторов сходятся во мнении, что расстройства личности – это обширная *группа пограничных расстройств, патологических состояний*, «которые охватывают глубоко укоренившиеся модели поведения, проявляющиеся ригидными ответными реакциями на широкий диапазон личностных и социальных ситуаций» (МКБ-10, 1994), характеризуются дисгармоничностью психического склада, биологически детерминированного, сохраняющегося в течение всей жизни» (Смулевич, 1999). Психопатов называют искаженными личностями.

Под «пограничными» в классическом клиническом понимании подразумевается, что эти состояния как бы находятся на границе между нормой и патологией, душевным здоровьем и душевной болезнью в узком смысле этого понятия (психоз, деградация личности и т. п.). Традиционно к пограничным состояниям относят психопатии, патологические развития личности, некоторые исключительные состояния, реактивные состояния, иногда – простую форму шизофрении, невротические расстройства.

Для пограничных состояний характерным являются три основных признака:

- 1) подвижные переходы между нормой и патологией;
- 2) подвижные границы между отдельными формами внутри группы пограничных состояний;
- 3) подвижное взаимоотношение между личностью и патогенной средой, психогенным фактором (Фелинская, 1970).

Продолжительное время для обозначения расстройств личности использовали понятие психопатии. В настоящее время ряд авторов разделяют точку зрения о том, что термин «психопатия» в определённой мере утратил своё клиническое содержание и стал негативно нарицательным (Шостакович, 1988), и более подходящим является термин «специфические расстройства личности – СРЛ» (МКБ-10, 1994). Однако в литературе упомянутые два термина до сих пор встречаются и используются как синонимы, поскольку приводимое определение специфических расстройств личности в общих чертах соответствует классической *тетраде признаков психопатий П. Б. Ганнушкина* (1933):

1. наличие патологических свойств личности, дезадаптирующих человека в обществе, обращающих внимание своей болезненностью;
2. стойкость патологических свойств личности, их неизлечимость с возможностью компенсации;
3. тотальность патологических свойств личности, пронизывающих личность в целом;
4. врожденность патологических, стойких, тотальных свойств личности.

П. Б. Ганнушкин (1933) полагал, что личность как нечто более или менее устойчивое складывается к 18–20 годам. Тем не менее, он указывал, что в период полового созревания (14–18 лет) уже можно наблюдать отчетливые проявления психопатии.

Таким образом, диагностика расстройств личности предполагает, в первую очередь, соответствие состояния следующим общим критериям:

- 1) заметная дисгармония в личностных позициях и поведении, вовлекающая несколько сфер функционирования;
- 2) хронический характер аномального стиля поведения, возникшего давно и не ограничивающегося эпизодами психической болезни;
- 3) аномальный стиль поведения является всеобъемлющим и отчетливо нарушающим адаптацию;
- 4) вышеупомянутые проявления всегда возникают в детстве или под-

ростковом возрасте и продолжаются в зрелости;

5) расстройство приводит к значительному личностному дистрессу;

6) обычно, но не всегда, расстройство сопровождается существенным ухудшением профессиональной и социальной продуктивности (МКБ-10, 1994, с. 199).

1.2.2. Классификация личностных расстройств

Систематика психических заболеваний периодически претерпевает различные изменения. В США и некоторых других англоязычных странах используют классификационные версии DSM-IV-R (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders). В российской практике в настоящее время используется Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10 или ICD-10), разработанная Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ). В МКБ-10 имеется специальный раздел (глава V), посвященный классификации психических и поведенческих расстройств. Следует, однако, отметить, что классификационные схемы болезней предназначены, прежде всего, для статистических целей. В каждой из стран, присоединяющихся к международным классификационным схемам, разрабатываются свои уточняющие комментарии, учитывающие традиционные диагностические подходы.

Разработка клинической классификации расстройств личности встречает серьезные препятствия. Они обусловлены, прежде всего, многообразием вариантов аномальных личностей и существованием многочисленных переходных типов. Со времени выделения клинического понятия *психопатий* (рубеж XIX – XX вв.) предпринимаются многочисленные попытки их классификации. Психопатии одним полюсом примыкают к эндогенным психозам, а другим – к широкому кругу психогений. Такое положение нередко ведет к смешению различных принципов (клинического, психологического и социального) при создании систематики психопатических состояний.

А. Б. Смулевич (2012) приводит несколько классификаций расстройств личности, в основе которых лежат клинические концепции и клинический опыт описательно-типологических характеристик. Данные классификации получили наибольшую известность и сохраняют клиническое значение до настоящего времени.

Классификация личностных расстройств по Е. Краепелин (1915):

- 1) *возбудимые*;
- 2) *безудержные* (неустойчивые);
- 3) *импульсивные* (люди влечений);
- 4) *чудаки*;

- 5) *лжецы и обманщики* (псевдологи);
- 6) *враги общества* (антисоциальные);
- 7) *патологические спорщики*.

Классификация личностных расстройств по К. Schneider (1928):

1) *Гипертимики* – уравновешенные, активные люди с веселым нравом, добродушные оптимисты или возбудимые, спорщики, активно вмешивающиеся в чужие дела.

2) *Депрессивные* – пессимисты, скептики, сомневающиеся в ценности и смысле жизни, подчас склонные к самоистязанию и утонченному эстетизму, приукрашивающему внутреннюю безотрадность.

3) *Неуверенные в себе* – внутренне скованные, склонные к угрызениям совести, застенчивые люди, иногда скрывающие эту черту слишком смелой или даже дерзкой манерой поведения.

4) *Фанатичные* – экспансивные, активные личности, борющиеся за свои законные или воображаемые права, либо чудаковатые, склонные к фантазиям, отрешенные от действительности вялые фанатики.

5) *Ищущие признания* – тщеславные, стремящиеся казаться значительнее, чем они есть на самом деле, эксцентричные в одежде и поступках, склонные к вымыслам.

6) *Эмоционально лабильные* – лица, склонные к неожиданным сменам настроения.

7) *Эксплозивные* – вспыльчивые, раздражительные, легко возбудимые.

8) *Бездушные* – лишённые чувства сострадания, стыда, чести, раскаяния, совести.

9) *Безвольные* – неустойчивые, легко подверженные как положительным, так и отрицательным влияниям.

10) *Астенические* – лица, ощущающие свою душевную и психическую недостаточность, жалующиеся на низкую работоспособность, затруднения в концентрации внимания, плохую память, а также повышенную утомляемость, бессонницу, головные боли, сердечные и сосудистые расстройства.

Классификация личностных расстройств по Е. Kretschmer, на основе разработанной им психобиологической концепции (1930):

1) *Шизоиды* – это личности язвительно суровые или угрюмые, с колкой иронией, пугливые, молчаливо замкнутые, при этом с внутренней «глубиной». Многие шизоиды, по определению Е. Kretschmer, подобны римским виллам с закрытыми от яркого солнечного света ставнями, в полумраке которых происходят празднества. Шизоидам свойственна некая психэстетическая пропорция, т. е. различные соотношения между гиперестезией (чувствительностью) и анестезией (холодностью).

2) *Циклоиды* – простые натуры с непосредственным, естественным и непритворным чувством, общительные, мягкосердечные, приветливые, добродушные; веселые, юмористы, живые, горячие либо тихие, спокойные, грустные, мягкие. Циклотимический круг определяет так называемая диатетическая пропорция, т.е. различные соотношения между повышенным – веселым и депрессивным – грустным аффектом. Таким образом, в пределах каждой из основных конституциональных групп происходит дифференцировка патологических характеров в зависимости от того, приближается ли циклотимический темперамент больше к веселому или грустному полюсу, а шизотимический – к чувствительному или холодному полюсу.

Классификация личностных расстройств П. Б. Ганнушкина (1933).

- 1) *шизоиды,*
- 2) *эпилептоиды,*
- 3) *циклоиды,*
- 4) *параноики,*
- 5) *астеники,*
- 6) *истерические характеры,*
- 7) *неустойчивые,*
- 8) *антисоциальные*
- 9) *конституционально глупые.*

Общим в концепции конституциональных психопатических типов Е. Kretschmer и П. Б. Ганнушкина является стремление сформировать типологию психопатий в соответствии со сходными по психопатологической структуре, но более резко очерченными болезненными состояниями, встречающимися при эндогенных психозах. По мнению П. Б. Ганнушкина, усиление шизоидных черт может «доразвиться» до состояния, находящегося уже на рубеже между психическим здоровьем и болезнью (патологический характер, пограничный тип), т.е. до уровня психопатии. Вместе с тем такой аномальный склад личности, возникающий не вследствие внешних (болезненных, психогенных и т.д.) воздействий, а под влиянием иных (наследственность, конституция и др.) причин, может послужить почвой для развития психического заболевания. Однако такая психическая конституция не предопределяет возникновение психоза. Более того, в некоторых случаях эндогенные заболевания манифестируют у лиц без соответствующего предрасположения.

Классификация психопатий О. В. Кербикова – Н. И. Фелинской:

1) *Конституциональные («ядерные», истинные),* т.е. врожденные (в том числе генетически обусловленные) или сформировавшиеся в ре-

зультате неблагоприятных воздействий во внутриутробном периоде аномалии личности.

2) *Нажитые* («краевые», приобретенные, реактивные) – патологии личности, формирующиеся в детстве под воздействием неблагоприятных социально-психологических факторов (плохие условия жизни в детстве, сиротство, отсутствие материнской ласки либо, напротив, гиперопека, асоциальные установки микросоциального окружения, наркомания, алкоголизм родителей). В случае приобретенных психопатий по сравнению с конституциональными (оригинарными) эмоциональная жизнь аномальных личностей богаче, интересы устойчивее; у них не наблюдается недоразвития высших форм волевой деятельности, инфантилизма.

3) *Органические*, т. е. генетически связанные с церебрально-органической патологией определённой локализации.

4) *Постпроцессуальные* – расстройства личности и поведения, обусловленные перенесённым душевным заболеванием. Относительно последних форм расстройства личности в отечественной психиатрии предпочитают термины «психопатизация личности», «психопатоподобный синдром».

Среди нейрофизиологических концепций, послуживших основой систематики расстройств личности, в первую очередь необходимо указать на учение *И. П. Павлова о высшей нервной деятельности*. Проводя корреляции между типами высшей нервной деятельности и особенностями психического склада человека, *И. П. Павлов* рассматривал психопатии в качестве крайних вариаций нормальных типов высшей нервной деятельности. Однако они отличаются наименьшей устойчивостью и приспособленностью, хрупкостью и ломкостью. При клинической группировке путем экстраполирования выделенных экспериментально типов высшей нервной деятельности основными с точки зрения преобладания возбудительного или тормозного процесса классификационными единицами являются группы психопатий:

1) *Возбудимые*, т. е. вспыльчивые, раздражительные, взрывчатые.

2) *Тормозимые*, т. е. личности со слабым типом высшей нервной деятельности с недостаточностью процессов как возбуждения, так и торможения, и склонностью к преобладанию внешнего торможения (астенические, психастенические, шизоидные).

Классификация расстройств личности С. R. Cloninger (1986):

1) *Кластер 1-го порядка* – четыре базисных измерения темперамента, обусловленных генетически: поиск новизны, избегание опасности, зависимость от вознаграждения, упорство. Данные признаки практически

неизменны, так как связаны определенными нейрофизиологическими структурами мозга (дофаминергическими, серотонинергическими, норадренергическими).

2) *Кластер 2-го порядка* – признаки, опосредованные внешними воздействиями (условия воспитания, микросоциальная среда и др.), – импульсивность – ригидность, гипертимия – гипотимия, нарциссизм – самообвинение, пассивное избегание – оппозиционность, доверчивость – отчужденность или боязливость.

3) *Кластер 3-го порядка* – сочетания патохарактерологических проявлений (кластер 2-го порядка) со свойствами темперамента (кластер 1-го порядка) или расстройства личности – антисоциальные, гистрионные (истерические), пассивно-агрессивные, эксплозивные, циклоидные, зависимые.

Соотношение кластеров позволяет систематически описывать основные варианты личностных расстройств с учетом выраженности отклонений. Например, истерический тип личностных расстройств характеризуется С. R. Cloninger следующей комбинацией признаков: высокий уровень поиска новизны и зависимости от вознаграждения, низкий уровень избегания опасности (кластер 1-го порядка); импульсивность, нарциссизм, доверчивость, эмоциональная лабильность (кластер 2-го порядка). Таким образом, построение систематики расстройств личности, предложенное R. Cloninger, базируется на дифференцирующих признаках двух порядков – врожденных свойствах темперамента, составляющих генетическую основу личности, и характерологических аномалиях, формирование которых опосредовано внешними воздействиями.

Четкое отграничение отдельных вариантов аномальных личностей всегда несет в себе элемент условности. «Психопата нельзя исчерпать одной типологической формой» Е. К. Краснушкина (1960). В пределах каждого варианта наблюдаются переходные или краевые формы. В жизни мы чаще встречаемся со сложными, «смешанными», «мозаичными» личностями.

Таким образом, можно отметить, что в настоящее время не существует единой классификации расстройств личности, что свидетельствует о сложности и противоречивости проблемы.

1.2.3. Описание основных личностных радикалов

Личностный радикал – гипотетическая психологическая переменная, которая заставляет людей реагировать на определенные ситуации определенным образом.

Со времени создания классического учения о расстройствах личности типология подобных расстройств неоднократно менялась и меняется. Однако принципиальное значение имело здесь *понятие об акцентуации-*

ях личности. Немецкий психиатр Карл Леонгард в 1968 году ввел в науку концепцию акцентуированных личностей.

Акцентуации – черты своеобразия личности, присущие данному человеку, которые не выходят за рамки психической нормы, но могут при определенных обстоятельствах существенно затруднять его отношения с окружающими. Акцентуированные личности занимают промежуточное положение между психически здоровыми и больными с психопатическими расстройствами. Разнообразные особенности характера переплетены между собой, но есть ведущие, «преобладающие» черты. Они заостряются, в первую очередь, при неблагоприятных ситуациях. При акцентуациях обнаруживается избирательная уязвимость к определенного рода психогенным воздействиям при хорошей устойчивости к другим (Психические расстройства, 2007). К. Леонгард выделил 12 типов акцентуированных личностей. К числу наиболее часто встречаемых относятся:

Истероидный (демонстративный) – эгоцентризм, жажда внимания окружающих к своей персоне, потребность вызывать чувства. Лживость и фантазирование. Рисовка, позерство. Поверхностность эмоций, отсутствие глубоких и искренних чувств.

Гипертимный – большая шумливость, общительность, чрезмерная самостоятельность, смелость, склонность к озорству. Нет застенчивости, робости перед незнакомыми, недостает чувства дистанции по отношению к взрослым. Недисциплинированность, отвлекаемость. Главная черта – хорошее приподнятое настроение. Хорошее самочувствие, активность, энергичность. Плохо переносят жесткую дисциплину. Тянутся в компанию. Лидеры, вожаки. Слабое место – непереносимость однообразия, монотонности труда, тщательности, изоляции от сверстников. Конфликты возникают из-за конкуренции на роль вожака.

Сенситивный – пугливы, боязливы. Не любят подвижных игр и озорства. Робки, застенчивы общительны с теми, к кому привыкли. Послушны, домашние дети. Главные черты: чрезмерная впечатлительность и чувство собственной неполноценности. Сильная привязанность к родным. Рано формируется чувство долга, ответственности, чрезмерные моральные требования к себе и окружающим.

Психастенический – робость, тревожность. Срывы могут наступать в момент предъявления высоких требований к чувству ответственности. Нерешительность, склонность к рассуждательству, тревожная мнительность в виде опасений за будущее, любовь к самоанализу, самокопанию. Психологической защитой от постоянной тревоги за будущее становятся придуманные приметы и ритуалы.

Шизоидный – эмоциональная отчужденность, замкнутость и отгороженность. Внутренний мир закрыт. Сдержанность в проявлении чувств. Слабое место – неформальные контакты, насильственное вторжение в интимный мир фантазий и увлечений.

Эпилептоидный – в детстве могут без остановки плакать и их невозможно отвлечь. Садистские склонности. Бережливость в отношении к своей одежде, игрушек и т. п. мелочная аккуратность. Главная черта – злобно-тоскливое настроение с накапливающим раздражением и поиском объекта, на котором можно сорвать зло. Аффективная взрывчатость. Аффект накапливает долго и постепенно. В аффекте возможны безудержная ярость, циничная брань, жестокие побои. Сильное половое влечение. Любовь окрашена всегда мрачными красками ревности. Алкогольное опьянение протекает тяжело, с яростью и драками. Склонность к азартным играм. Вязкость, инертность мышления и эмоций. Скрупулёзность, дотошное соблюдение правил. Склонны к консерватизму. Злопамятность, несклонность прощать обиды, озлобление при малейшем ущемлении интересов. Властолюбие.

Эмоционально-лабильный – лабильность настроения, маломотивированные смены настроения. Глубина эмоций, чувств, привязанностей, преданность. Чуткость к вниманию, поощрениям. Слабое звено – эмоциональное отвержение со стороны значимых лиц, утрата близких или разлука с ними.

Отечественный психиатр А. Е. Личко (1979), опираясь на концепцию К. Леонгарда, предлагает в конце 1970-х годов собственную классификацию. Классификация акцентуаций характера А. Е. Личко, прежде всего, адресованная подросткам, включает 11 типов: гипертимный, циклоидный, лабильный, астено-невротический, сенситивный, психастенический, шизоидный, эпилептоидный, истероидный, неустойчивый, конформный. Следует отметить, что А. Е. Личко полагал, что правильнее говорить не об акцентуированных личностях, а об акцентуациях характера. Однако, в переводе с древнегреческого языка «характер» означает чекан для изготовления монет, т. е. подчеркивает выдающиеся черты, что тождественно понятию «акцентуация». Поэтому, на наш взгляд, определение «акцентуации характера» представляется тавтологичным, а определение «акцентуации личности» – более корректным.

1.2.4. «Истинные» (конституциональные) психопатии

Диагностика психопатий основана на нижеизложенных клинических особенностях. Однако в современной психиатрии для квалификации расстройства личности достаточно широко используются также психометрические инструменты.

Паранояльные формы психопатии чаще всего наблюдаются у лиц 30–40 летнего возраста – в период максимальной социальной активности. У подростков же она характеризуется чрезмерной подозрительностью, постоянной настороженностью, фанатическим упрямством и убежденностью в своей правоте всегда и везде, недостаточной способностью критически оценивать свои поступки и слабые стороны, склонностью не только обвинять других в своих собственных неудачах, но и усматривать в их действиях злой умысел. Главное здесь – непоколебимая переоценка своей личности, значимости своих поступков и действий, своих способностей и возможностей. Но обычно, в годы школьной учебы эти качества еще не препятствуют удовлетворительной социальной адаптации.

Шизоидная психопатия обнаруживается рано. Если замкнутость, отгороженность, нежелание или неумение общаться со сверстниками, сдержанность в проявлении эмоций, которая неточно трактуется как холодность, предпочтение шумным играм в компании каких-либо занятий в одиночестве проявляются с детства и усиливаются в подростковом возрасте, то диагноз психопатии шизоидного типа может быть установлен даже в 12–14 лет, но только если шизоидные черты начинают мешать социальной адаптации (прогулы уроков при продуктивных занятиях дома, конфликты со сверстниками и т. п.). Такие дети часто учатся говорить раньше, чем ходить, рано, практически самостоятельно учатся читать, в чем проявляется легкость усвоения символов. Любят постоянство в одежде, обстановке, еде. С детства отмечается склонность реагировать на любые психотравмирующие события нарастанием замкнутости, уходом в себя, в мир скрывааемых от других фантазий. Специфические причудливые хобби в подростковом возрасте. Успехи в области точных наук, прикладного искусства, музыки, игры в шахматы.

При эпилептоидной психопатии наблюдается хмурая озлобленность на окружающих, желание нарочито их изводить. Дети любят мучить животных, издеваться над младшими и слабыми детьми. С началом полового созревания наблюдается склонность к развитию дисфорий или к перверсиям (извращениям), особенно садомазохистического круга. Дисфория – внезапно и беспричинно возникшая злобно-тоскливое настроение, либо «непереносимая скука» с вялостью и бездеятельностью. Во время дисфорий подростки сами ищут повод для скандала, конфликтов, лезут в драку. Сексуальные перверсии чаще всего выступают в виде гомосексуализма с активной ролью и понуждением более слабых и зависимых. Алкоголизация быстро приобретает патологический характер: быстро появляется желание «пить до отключения».

Психопатии неустойчивого типа (возбудимый тип) характеризуются импульсивностью с ярко выраженной тенденцией действовать без учета последствий и отсутствием самоконтроля, сочетающейся с неустойчивостью настроения и бурными, возникающими по малейшему поводу аффективными вспышками. Характерна социальная дезадаптация с начальных классов школы, которая проявляется в прогулах школьных уроков, ранней алкоголизации, токсикомании и пр. В младших классах это «трудные» дети с излишней подвижностью, необузданными шалостями, капризностью и обидчивостью. Любой труд непереносим для ребенка, жажда легких развлечений давит над всем. Любые ограничения, запреты и наказания вызывают у таких детей или подростков бурные реакции протеста со злобностью и агрессией. В отношении со сверстниками они претендуют на лидерство, пытаются командовать.

Психопатия истероидного (истерического) типа. Для подростков характерны истерические реакции (стигмы, обмороки и т. п.) и другие формы истерического поведения (экстравагантность, склонность драматизировать тривиальные ситуации, стремление быть в центре внимания). Поведение таких подростков рассчитано на внешний эффект. Уже в дошкольный период отмечается стремление привлечь к себе внимание, «жажда признания», капризность, склонность к подражанию, выдумкам и фантазиям. Отмечается разрыв между непомерно завышенными притязаниями и реальными способностями и возможностями, непостоянство в увлечениях. С возрастом они приобретают необходимые трудовые навыки, однако элементы театральности в поведении остаются; прежде всего, это сказывается в умении произвести хорошее, выгодное для себя впечатление, возбудить симпатии, а если нужно, то и сочувствие. В силу того, что такие люди поверхностны в своих эмоциях, они легко манипулируют окружающими людьми. Могут совершать неоднократные суицидальные демонстрации по малейшим поводам, однако формы суицида выбираются безопасные (порезы вен на предплечье, неядовитые лекарственные средства и пр.). В некоторых классификациях (DSM-IV) выделяется нарциссическое расстройство личности, имеющее общность с истерической психопатией (Смулевич, 2012).

Гипертимные психопаты – это т. н. «солнечные натуры», не критичные оптимисты, для которых характерен постоянно не резко повышенный фон настроения. Авантюристы, но неустойчивые в своих устремлениях.

Конституционально-депрессивные психопаты – подавленные, угрюмые, замкнутые, малоразговорчивые, с заниженной самооценкой, негативной Я-концепцией, склонные интерпретировать свою жизнь

в негативном ключе. Характерен «комплекс неудачника», ангедония, отсутствие широких социальных связей.

Циклотимики – люди с выраженным стремлением к одиночеству, замкнутые, малоконтактные, любят находиться в одиночестве, гипернормативны, т.е. следуют социальным нормам. Однако при появлении в социуме (на виду) они меняются, их стиль поведения становится как у гипертимных психопатов.

Психастеническая психопатия или *ананкастическое (обсессивно-компульсивное) расстройство личности* принадлежит к группе тормозимых психопатий. Для психастеников свойственна постоянная склонность к сомнениям и чрезмерная осторожность. Характерно отсутствие внутренней уверенности в истинности чувств и правильности своих суждений и поступков. В младшем школьном возрасте у детей обнаруживаются обостренная впечатлительность, ранимость, склонность к тревожным опасениям – боязнь опоздать на занятия, отвечать у доски, получить замечание. В позднем пубертатном возрасте черты застенчивости, тревожности постепенно сглаживаются. На первый план все более отчетливо выступают ригидность как в аффективной, так и в когнитивной сферах, пунктуальная аккуратность, добросовестность, стремление к безукоризненному выполнению школьных заданий. Психастеников отличают перфекционизм с неукоснительным выполнением правил и инструкций, «трудоголизм», авторитаризм, упрямство, консерватизм в вопросах морали и этики.

Психопатии астенического круга впервые могут обнаруживаться в ранние школьные годы, проявляясь резким утомлением к концу занятий, снижением успеваемости, а также повышенной робостью, нерешительностью, застенчивостью, чувством собственной неполноценности. В общении с другими им недостает общительности и самостоятельности. Характерна т.н. «нервная слабость», чрезмерная чувствительность и впечатлительность.

1.2.5. Психопатоподобные состояния органического генеза

Проявления обычно начинаются с раннего детства, и характеризуются своеобразной «бестормозностью» (Г.Е. Сухарева, 1959): отмечаются непоседливость, крикливость, суетливость, желание все трогать руками, отсутствие чувства дистанции со взрослыми, аффективные вспышки, бурные истерические реакции. Постоянное стремление к движению сочетается с задержкой развития элементарных двигательных навыков, с моторной неловкостью, неуклюжестью. С началом полового созревания двигательная «бестормозность» сглаживается (иногда подростки

превращаются в вялых увальней), но на смену приходят нарушения поведения, чаще всего напоминающую конституциональную психопатию неустойчивого типа с жадой примитивных развлечений, неспособностью к усидчивому труду, тягой в асоциальные компании.

Органическая психопатия может быть эпилептоидного и истероидного типов. При эпилептоидном типе с детства преобладает своеобразная аффективность и могут выявляться нарушения влечений. Аффекты отличаются бурным проявлением и довольно быстрым истощением. Гнев и ярость легко сменяются слезами и жалобными причитаниями. Нарушения влечений чаще всего характеризуются садистскими склонностями и бродяжничеством. Страсть к поджогам наблюдается редко, но часто отмечается любовь к созерцанию пламени, вспышек, взрывов, фейерверков. При истероидном типе органической психопатии с детства наблюдаются бурные истерические реакции (вплоть до типичных истерических припадков) по незначительным поводам – при малейшей угрозе наказания или отказе в исполнении желания. В подростковом возрасте выступает примитивная претенциозность, безудержное хвастовство, банальные и мало правдоподобные фантазии.

В качестве вспомогательных для диагностики органических психопатий могут быть использованы следующие критерии: анамнез свидетельствует о внутриутробных, родовых или ранних постнатальных (в первые 2–3 года жизни) черепно-мозговых травмах, мозговых инфекциях и тяжелых нейроинтоксикациях (например, о тяжелых формах инфекционных болезней с судорогами на высоте лихорадки). Иногда отмечается наличие «второго удара» (например, второй легкой черепно-мозговой травмы в дошкольном, младшем школьном или подростковом возрасте), вслед за которым начинается неожиданно разворачиваться картина психопатоподобных нарушений.

1.2.6. «Нажитая» психопатия (педагогическая запущенность)

Термин «нажитая» психопатия или реактивная (краевая) психопатия используется для описания личностных расстройств, связанных с влиянием социальных причин: длительных неблагоприятных ситуационных факторов и психических травм, неправильных условий воспитания (см. Е. К. Краснушкин, О. В. Кербинов, Н. И. Фелинская). Этот вариант психопатии рассматривается как конечный стойкий результат психогенного воздействия, формирующийся на протяжении нескольких этапов патологических реакций в зависимости от различных видов патологического развития личности. Развитие нажитой психопатии считается более вероятным в детском возрасте, когда деформирующее вли-

яние неблагоприятной среды действует на незрелую психику ребенка с ранних лет жизни. Возникающие в этих условиях стойкие нарушения психического реагирования, отрываясь от психотравмирующей ситуации, постепенно приобретают свойство саморазвития.

Педагогическая запущенность – отклонения от нормы в развитии ребенка, обусловленные недостатками в обучении и воспитании, которое выражается в неадекватном поведении ребенка в школе, приводит к формированию личностной патологии и отсутствию успешной социализации в обществе. Таким образом, педагогическая запущенность – комплексная медико-психологическая и педагогическая проблема, исходом которой становятся расстройства личности. Наличие неблагоприятной микросоциальной среды способствует попаданию детей в группу риска и криминогенную среду.

1.2.7. Отставание в психическом развитии

Проблема задержки психического развития и трудностей в обучении осознаётся как одна из наиболее актуальных психолого-педагогических проблем психологами и педагогами всего мира. Стремление выявить специфику нормального развития, возрастной психической патологии и ее причины пронизаны многочисленными работами психологов и психиатров последних десятилетий.

Детский и подростковый возраст являются не статическими состояниями, а динамикой («эволюционный принцип», по Х. Джексону). Закономерности психических заболеваний детского и подросткового возраста обусловлены влиянием онтогенетического фактора. Таким образом, основой понимания психической патологии в эти периоды является «идея развития», значение которой впервые было замечено Г. Модсли (по Гурьева, Макушкин, 2005).

В общей биологии *онтогенез* понимается как индивидуальное развитие организма от момента его зарождения до момента смерти. Различают пренатальный и постнатальный онтогенез, т.е. индивидуальное развитие до и после рождения. Выделяют психический онтогенез, который связан с понятием онтогенеза высшей нервной деятельности (Волохов, 1951). Наиболее интенсивный психический онтогенез приходится на детский и подростковый возраст, когда формируются как отдельные психические функции, так и личность человека.

Согласно идее «своевременности развития», предложенной Э. Кречмером, Л.С. Выготским, Х. Хоффом, каждая функция формируется в свое время, и нарушение этого правила хотя бы в отношении одной из них приводит к психической дисгармонии, диссоциации. Важность

учета психического развития зависит не только от возраста, но и от многообразных вредных воздействий как биологического, так и социально-психологического характера.

Психический дизонтогенез – нарушение психического развития. Дизонтогенез у детей и подростков может возникать не только под влиянием грубых структурных нарушений головного мозга, но и в результате социальных и психогенных факторов (сверхсильные стрессы, длительные аффективные (эмоциональные) истощения, тяжелые депривации). Кроме того, в период т.н. возрастных кризисов (2–4, 6–8, 12–18 лет по Г.Е. Сухаревой) может происходить нарушение относительного физиологического и психологического равновесия, вызывая различные формы нарушения психического развития.

С понятием дизонтогенеза связана одна из самых главных концепций возрастной психологии и психиатрии Л.С. Выготского, согласно которой любое психическое расстройство у детей вызывает временное или стойкое искажение онтогенетического развития, но протекает в условиях продолжающегося созревания. В то же время дизонтогенез является зачастую патологической почвой, облегчающей возникновение психических расстройств.

Начало изучения пубертата (третьего возрастного кризиса по Г.Е. Сухаревой, 1959), который согласно современным исследованиям (физиология, биохимия, эндокринология), соответствует возрасту 12–18 лет, связывают в психиатрии с именем К. Кальбаума, в психологии – с С. Холла, в развитии юношеской психиатрии – А. Геззелла (по: Гурьева, Макушкин, 2005). В настоящее время большинство психиатров и психологов признают, что *пубертатный период* – это наиболее значимый возрастной криз (пубертатный криз). И даже при отсутствии психических расстройств он протекает критически, что означает высокую реактивность и чувствительность к вредным влияниям в этом возрасте. Основное содержание пубертатного периода может быть сведено к процессам созревания (вернее дозревания – Adolescence): физиологического и психологического. В это время происходит бурное половое созревание с эндокринной перестройкой организма. Эти процессы рассматриваются в тесном динамическом единстве, хотя каждый из них сохраняет известную автономность и неравномерность (асинхронию) по форме, функциям, клиническому и социальному значениям.

Учитывая критический характер пубертатного периода, неравномерность физиологического и психологического созревания, ряд авторов обращают внимание на хрупкость границ между нормальной кризисной

подростковой психологией и пубертатной психопатологией, т.е. между здоровьем и болезнью в подростковом возрасте (Гурьева, Макушкин, 2005).

Основными типами психического дизонтогенеза считаются ретардации (Н. Rumke, 1972; Ковалёв, 1985; Stutte, 1960) и асинхронии (Кречмер, 1930; Сухарева, 1974) психического развития.

Ретардация (тотальная и парциальная) – замедленное или стойкое психическое недоразвитие. Клиническим выражением тотальной психической ретардации является общее психическое недоразвитие (олигофреническое слабоумие). Парциальная психическая ретардация проявляется психическим инфантилизмом, синдромами невропатии, незрелостью отдельных сторон психики и отдельных психических процессов: психомоторики, речи, внимания, пространственного восприятия, эмоциональной незрелостью, запаздыванием формирования навыков чтения, письма и счета (дизлексия, дизграфия, дискалькулия).

Асинхрония – искаженное, диспропорциональное, дисгармоническое психическое развитие (Сухарева, 1959), характеризующееся выраженным опережением развития одних психических функций и свойств формирующейся личности и значительным отставанием темпа и сроков созревания других функций и свойств. Проявляется в психопатических синдромах, в раннем детском аутизме, отчасти в гебоидном синдроме, свойственном подростковому возрасту.

Г.Е. Сухарева (1959) различает три вида психического дизонтогенеза: задержанное, поврежденное и искаженное развитие.

Л. Каннер (1955) выделяет недоразвитие и искаженное развитие.

В.В. Лебединский (1985), основываясь на классификациях Г.Е. Сухаревой и Л. Каннера, выделяет:

1. недоразвитие;
2. задержанное развитие;
3. поврежденное развитие;
4. дефицитарное развитие;
5. искаженное развитие;
6. дисгармоническое развитие.

Задержки развития могут касаться только психической сферы, но нередко затрагивают и соматическую (*психофизический инфантилизм*). По происхождению выделяют инфантилизм конституциональный, органический, эндокринный, социокультуральный. В тех случаях, когда психическая незрелость захватывает все сферы психики и особенно интеллект (органический инфантилизм), возникают большие трудности его отграничения от олигофрении.

Гебоидный синдром характеризуется карикатурным заострением и патологическим искажением психологических особенностей, свойственных подростковому возрасту. Клинически это выражается в расторможенности или извращенности влечений, ослаблении нравственных установок, своеобразном эмоциональном притуплении со снижением высших эмоций (жалость, сопереживание), в появлении холодности, жестокости, садистских наклонностей, оппозиционности, эгоцентризма. Отмечается также стремление к лидерству при утрате интереса к продуктивной или общественно полезной деятельности. Следствием этого оказывается асоциальная направленность интересов, повышенная криминогенность, жестокость правонарушений. В структуру гебоидного синдрома часто включаются сверхценные образования и аутистическое фантазирование агрессивного содержания, спонтанные расстройства настроения, склонность к брутальным аффективным реакциям. Гебоидный синдром нередко наблюдается и при резидуально-органических состояниях. В виде неполного набора признаков он может иметь место при психопатиях как пубертатный этап их формирования.

1.2.8. Соотношение понятий психопатии и акцентуации личности

В.М. Бехтерев еще в 1886 г. упоминал о «переходных степенях между психопатией и нормальным состоянием», о том, что «психопатическое состояние может быть выражено в столь слабой степени, что при обычных условиях оно не проявляется».

Психиатрия «течения», характерная для большой психиатрии, также вошла как основной принцип исследования в малую пограничную психиатрию. В соответствии с этим принципом исследования можно устанавливать различные этапы в динамике пограничных состояний и определенную систему переходов одного состояния в другое. Расстройства личности представлены в популяции в виде непрерывного континуума (Леогард, 1981; Семке, 1988; Бронин, 1998), на одном полюсе которого расположены состояния, которые могут расцениваться судебно-психиатрическими экспертами как «глубокие психопатии», патологические развития личности при психопатиях (Волков, 1968), а в других случаях степень выраженности психических расстройств столь незначительна, что констатируются «акцентуации личности» по К. Леонгарду (1981).

Понятие акцентуаций личности К. Леонгард (1968) ввел, чтобы описывать некие личностные особенности (референты), которые не приводят к социальной дезадаптации. При психопатиях обязательно наблюдается социальная дезадаптация, причем смена социального окружения (перевод в другую школу, переезд к родственникам, выезд на отдых, в пионер-

ский лагерь и т. д.) не приводит к адаптации. Типы акцентуаций частично совпадают с типами психопатий.

Проявляющиеся психопатическим поведением расстройства наиболее распространены в подростковом возрасте. Именно в этот период формируется большинство психопатий. Наиболее часто причиной первого обращения к психиатру бывают возникшие у подростка нарушения поведения: делинквентность (мелкие правонарушения и проступки, не наказуемые в этом возрасте согласно уголовному кодексу), побег и бродяжничество, ранняя алкоголизация и употребление других ПАВ, суицидальные попытки, сексуальные девиации, а также повторные острые аффективные реакции агрессивного, аутоагрессивного, импунитивного (бегство из аффектогенной ситуации) и демонстративного типов. Эти нарушения могут быть как преходящими, исчезающими с возрастом, так и началом формирования психопатий или дебютом психического заболевания. Но, прежде всего, необходимо убедиться, что данные нарушения, особенно делинквентность, следует рассматривать как патологические, то есть исключить семейно-педагогическую запущенность.

Таким образом, критериями отличия патологических нарушений поведения могут служить:

1) их склонность к генерализации, т. е. способность возникать в самых разных ситуациях и вызываться самыми разнообразными, в том числе неадекватными, стимулами (ряд повторяющихся побегов из дома, интерната, пионерского лагеря и т. п., совершенных при угрозе наказания, после ссоры с товарищем и без видимых причин);

2) приобретение свойства патологического стереотипа, повторяющегося по разным поводам один и тот же поступок (повторные демонстративные суицидальные попытки, совершенные одна за другой то после исключения из учебного заведения, то после появления в семье отчима, то после ссоры с возлюбленной, то после отказа матери дать деньги на модную одежду и пр.);

3) превышение определенного «потолка» нарушений поведения, не переступаемого в асоциальных подростковых группах (пример: 14-летний подросток, который после созерцания пьяной оргии пытался изнасиловать свою 70-летнюю бабушку);

4) развитие рано или поздно социальной дезадаптации.

Перерастание реакций в *патологическое развитие* происходит либо при длительной травматизации субъекта, либо при повторении реакции, что способствует фиксации симптомов. П. Б. Ганнушкин (1933) выделил

два типа развития личности: *конституциональный и ситуационный*. Под конституциональным типом подразумевалось развитие, наблюдавшееся у психопатической личности; под ситуационным – развитие, возникающее у здоровых до этого людей под влиянием неблагоприятных воздействий внешней среды.

Патохарактерологические реакции подросткового возраста (по А. Личко) – психогенно обусловленные выраженные и стереотипно повторяющиеся отклонения в поведении:

1. отказа – характеризуется отсутствием или снижением стремления к естественным контактам с окружающими (длительные отказы от пищи, мутизм, запоры, рвоты, и пр.)
2. оппозиции (протеста) – активное или пассивное противопоставление себя окружающим; может выражаться в стремлении «все делать на зло» или «наоборот», а также в форме агрессии, суицидальных попыток
3. имитации – стремление к подражанию какому-либо лицу или образу
4. компенсации – стремление скрыть или восполнить собственную несостоятельность в какой-либо области успехом в другой
5. гиперкомпенсации – стремление достичь успеха именно в той области деятельности, в которой наблюдается несостоятельность
6. эмансипации – склонность к подчеркнутой собственной самостоятельности и независимости
7. группирования – неспособность к самостоятельной деятельности и стремление решить собственные проблемы посредством группировки с другими.

Глубина указанных реакций может быть различной. Реакции протеста чаще наблюдаются у возбудимых личностей, имитации – у неустойчивых, отказа – у астеников и психастеников.

В заключение следует отметить, что, таким образом, понятие акцентуации было предложено для обозначения расстройства личности, в обычных условиях не ведущее к её социальной декомпенсации. При таком понимании стало возможным квалифицировать как акцентуации психопатии легкой степени выраженности, не препятствующие нормальному социальному функционированию индивида. Однако такое понимание акцентуации не имеет, в отличие от понятия психопатии, абсолютно никакой прогностической валидности в ситуациях декомпенсации. И эпиптоидный «акцентуант», и эпиптоидный психопат равно склонны к нанесению тяжких телесных повреждений в состоянии дисфории.

Понятие «девиантного поведения» служит здесь своего рода компромиссом в подходах к оценке личности подростка и представителя пре-

ступной субпопуляции. Само по себе понятие девиантного поведения никоим образом не характеризует поведение личности с психологической точки зрения, а говорит о том или ином соответствии этого поведения каким-либо социальным нормам – формальным или неформальным, правовым или поведенческим и т. д. благодаря ему мы все чаще становимся свидетелями подмены понятий психопатологических – акцентуаций личности и психопатий, по существу, социологическим – девиантным, т. е. противоречащим определенным социальным нормам, поведением. Появляются даже труды, в которых авторы пытаются дать психопатологическую оценку различным формам девиантного поведения.

Складывается следующая, в корне неверная, как мы попытались показать выше, смысловая оппозиция: «акцентуация личности – девиантное поведение» и «психопатия – делинквентное поведение» (Гурвич, 2011). На деле же границу здесь следует искать в неформальных нормах.

1.3. Девиантное и делинквентное поведение

1.3.1. Общие основания объяснения девиантности

Девиантность – одно из центральных понятий, используемых при описании проблем, присущих подростковому поведению. Понятие социальной девиации (социального отклонения) исходит из представления об обществе как о системе, находящейся в динамическом равновесии между упорядоченностью и хаосом. Проводя параллели с физическими и биологическими системами, исследователи, наряду с флуктуациями в неживой природе и мутациями – в живой, определяют девиантность как особую форму изменчивости, жизнедеятельности и развития общества (Пригожин и др., 2003).

Поскольку девиантное поведение ассоциировано со многими негативными ментальными конструктами (олицетворением «зла» в религиозном мировоззрении, симптомом «болезни» с точки зрения медицины, «незаконным» в соответствии с правовыми нормами), возникла тенденция считать его «ненормальным». Поэтому следует выделить точку зрения, сложившуюся в социологии, согласно которой девиации, как и флуктуации в неживой или мутации в живой природе являются всеобщей формой, способом изменчивости, а, следовательно, жизнедеятельности и развития любой системы. Поскольку функционирование социальных систем неразрывно связано с человеческой жизнедеятельностью, отклонения в поведении естественны и необходимы, они служат расширению индивидуального и коллективного опыта. Разнообразие

в психофизическом, социокультурном и духовно-нравственном аспектах человеческого поведения является условием совершенствования общества и социального развития.

Говоря о социальных системах, многие авторы подчеркивают, что социальные девиации выполняют некоторые необходимые для общества функции. Например, экономическая преступность трактуется как «... обеспечение незаконным путем объективной потребности, не удовлетворяемой в должной мере нормальными социальными институтами» (Яковлев, 1988, с. 21). Наркотики также выполняют некоторые, вполне определенные социальные функции, например: 1) анестезирующую (снятие физической боли); 2) седативную (подавляют чувство тревоги, волнения и пр.); 3) психостимулирующую (временно снимают усталость); 4) интергративную (облегчают общение между людьми); 5) протестную (форма ухода от бытовой неустроенности и конфликтов (Лисовский и др., 2001, с. 3)).

Понимание сути девиантности в социологии неотделимо от понятия социальной нормы. Принято считать, что «норма» (от лат. norma – руководящее начало, образец) – это правило поведения, социальные ожидания, стандарт, регулирующие взаимодействие между людьми. Социальная норма – это необходимый и относительно устойчивый элемент социальной практики, выполняющий функцию инструмента социального регулирования и контроля. Социология исходит из представления об объективной связи и взаимозависимости понятий «норма» и «отклонение» (Дюркгейм, 1993). Например, Я. И. Гишинский (1998) считает, что социальная норма определяет исторически сложившейся в данном конкретном обществе предел, меру, интервал допустимого (дозволенного или обязательного) поведения, деятельности людей, социальных групп, социальных организаций. Согласно М. А. Киселю (1990), социальная норма включает в себя следующие компоненты: 1) общезначимые правила поведения; 2) санкции: награда или наказание, похвала или осуждение; 3) норма всегда содержит возможность нарушения, в противном случае она была бы независимой от выбора субъекта; 4) субъективность социальной нормы состоит не столько в решении субъекта ей следовать, сколько в ожидании аналогичного поведения от других людей; 5) сложное переплетение социальных связей отражается в плюрализме многообразных нормативных систем; разнообразие нормативных механизмов регуляции и саморегуляции социальной системы таит в себе постоянную угрозу конфликта.

Американский социолог Н. Смелзер (1994) выделяет «нормы-правила» и «нормы-ожидания». «Нормы-правила» выступают в качестве ин-

тегратора социальной целостности, важнейшего механизма регуляции социальных отношений. Любое нарушение «норм-правил» (убийство, терроризм и т. д.) влечёт за собой санкции со стороны общества. Нарушение «норм-правил» означает делинквентное или преступное поведение. В то же время нарушение «норм-ожиданий» (безвкусица, нецензурная брань, опоздания и т. д.) не влечёт за собой уголовного преследования, хотя и вызывает общественное порицание. Нарушение «норм-ожиданий» классифицируется как девиантное поведение. По Смелзеру, девиация это «... отклонение от групповой нормы, которое влечёт за собой изоляцию, лечение, тюремное заключение или другое наказание нарушителя». При этом Смелзер выделяет три основных компонента девиации: – «человек», которому свойственно определенное поведение; «норма», служащая критерием оценки поведения; и любой «другой человек», «группа» или «организация», реагирующие на те или иные образцы социального поведения (Смелзер, 1994, С. 220–223).

Общепризнано, что основной причиной социальных отклонений служит социальное противоречие между нормативной системой и интересами действующих субъектов. При этом нередки случаи, когда социальные нормы, деформируясь, сами становятся необходимым условием и важным компонентом социальных отклонений. Примером здесь может служить современное российское налоговое законодательство, несовершенство которого привело большинство коммерческих организаций к необходимости сокрытия своих доходов с целью минимизации налогов. Из всего многообразия оснований, порождающих деформацию и последующую неэффективность норм, отмечают следующие: 1) цели и/или конструкция норм не соответствуют конкретной исторической реальности, потребностям общественного развития; 2) смысл нормы выражен в ней неопределённым или неадекватным ситуации образом; 3) ослаблено фактическое применение нормы или последняя не доведена должным образом до её исполнителей (Кудрявцев и др., 1989, С. 96–97).

О социальных отклонениях можно говорить на поведенческом и социальном уровнях социологического анализа: – с одной стороны это действия человека, несоответствующие официально установленным или же фактически сложившимся в данном обществе нормам (стереотипам, образцам), с другой, – социальное явление, выражающееся в относительно распространенных, массовых формах человеческой деятельности, несоответствующих официально установленным или же фактически сложившимся нормам (Гишинский, 1998). В первом значении девиантное поведение является преимущественно предметом общей и возрастной

психологии, педагогики, психиатрии. Во втором значении оно выступает предметом социологии и социальной психологии.

Необходимо отметить, что отклоняющееся поведение оценивается в соответствии с культурными и морально-религиозными нормами конкретного общества, что определяет его релятивный (относительный) характер. Релятивный характер социальных оценок проявляется в том, что в различных обществах одни и те же отклонения либо осуждаются, либо, напротив, – одобряются. Отсюда, кроме девиаций, вызывающих общественное неодобрение, существуют также так называемые «положительные» девиации, к которым относят яркие проявления интеллектуальности, научного и художественного творчества, сверхмотивацию, политическую активность, экономическую предприимчивость и другие (Гилинский, 1990; 2004).

В отечественной науке начало социологического осмысления девиантности относится к середине XIX в., и связано с возникновением социологической школы уголовного права, первыми в стране исследованиями алкоголизма, наркотизма, суицидального поведения и проституции. В бывшем СССР девиантность долгое время изучалась скорее на описательном, чем на концептуальном уровне, видимо, из-за смешения идеологического и научно-практического подходов к проблеме. Девиантность на макросоциальном уровне рассматривалась в рамках теории социальных отклонений как специальной частной теории марксистско-ленинской социологии. В то же время изучение феноменологии социальных отклонений: общего состояния, причин и условий возникновения, механизмов, мер предупреждения и пр., оставались предметом криминологии, психиатрии, наркологии, суицидологии и т. д. (Кудрявцев и др., 1989, с. 95).

В конце 60-х – начале 70-х гг. XX в. появились первые отечественные труды, заложившие основу формирования социологии девиантного поведения и социального контроля как специальной социологической теории. В 80-е гг. XX в. на территории бывшего СССР сложилось несколько центров социологических исследований девиантного поведения: в Санкт-Петербурге, Москве, в Эстонии и Грузии (Гилинский, 1998).

Основы социологической теории отклоняющегося поведения в западной науке заложены французскими социологами Г. Тардом и Э. Дюркгеймом в конце XIX в. В понимании девиантности здесь сложились биологический, психологический и социологический подходы. Биологические и психологические объяснения девиации, связаны, главным образом, с действием генетических и психофизиологических факторов,

влияющих на формирование девиантного поведения. Социологические объяснения, в свою очередь, описывают девиантность через социально-структурные и функциональные факторы, детерминирующие уровень и характер девиантности в обществе (Гишинский, 2004).

Теории социальных девиаций и девиантного поведения исторически разрабатывались в рамках двух основных подходов: – объективистского и субъективистского. Социологи объективистской ориентации исходят из того, что отклонение – это объективная данность неизбежно присутствующая обществу. Для объективистского подхода к девиантности имеют значение принятые в данном обществе нормы, которые выступают в качестве стандарта для оценки поведения человека. В случае если выявляется отклонение от такого стандарта (принятых норм), поведение считается девиантным, а сам человек определяется как девиант (здесь и далее обзор по Лабковская, 2000).

Субъективистски ориентированные социологи придерживаются мнения, что отклонения predeterminedены самим обществом. Субъективистский подход игнорирует понятие нормы, и в качестве критерия девиантности предлагает рассматривать реакцию общества на отдельные виды поведения. В соответствии с субъективистским подходом поведение может быть признано девиантным только тогда, когда само общество признает его таковым.

Теории девиантности можно также классифицировать по уровням рассмотрения феномена – на теории макро- и микроуровня. Теории макроуровня рассматривают социальные структуры и факторы общественного устройства и развития, которые обуславливают формирование девиантных форм поведения и существование социальных девиаций безотносительно к историческому контексту. Теории микроуровня предполагают объяснение девиантности на основе исследования процессов социального взаимодействия как межличностного общения в малых группах (схема 1).

Схема 1.

	Объективистские теории	Субъективистские теории
Макро-уровень	<ul style="list-style-type: none"> - Теория аномии (Э. Дюргейм, 1893; Р. Мертон, 1938), - Теория нелегитимных возможностей (Р. Кловард и Л. Олин, 1960), - Теория статуса фрустрации (А. Коэн, 1955), - Некоторые неомарксистские теории (Я. Тейлор, Д. Янг 1973; Л. Козер, 1956 и др.). 	<ul style="list-style-type: none"> - Теории капиталистических интересов и определения девиаций (Р. Квинней, 1977), - Организационные теории определения девиации (Д. Блэк, 1971; Э. Гоффман, 1961; Р. Скотт, 1969).
Микро-уровень	<ul style="list-style-type: none"> - Теория нейтрализации (Г. Сайкс, Д. Матза, 1957), - Теория социального сдерживания (Т. Хирши, 1969), - Теория дифференцированной связи (Э. Сазерленд, 1939). 	<ul style="list-style-type: none"> - Определительные теории (Дж. Китсус, 1962; Д. Стиффенсмейер, Р. Террей, 1973), - Теория стигматизации (Г. Беккер, 1963), - Теория драматизации зла (Ф. Танненбаум, 1938), - Теория вторичной девиации (Э. Лемерт, 1951).

По своему типу все теории девиантности можно разделить на четыре основные группы:

- *структурно-функционалистские* теории (Э. Дюркгейм, Т. Парсонс, Р. Мертон),
- *интеракционистские* теории (Г. Беккер, Ф. Танненбаум, Э. Гоффман, Э. Лемерт и др.),
- *конфликтные* теории (К. Маркс, Козер, Дарендорф, Р. Куинни, У. Чемблисс, Я. Тэйлор, П. Уолтон, Дж. Янг),
- *постмодернистские* теории (Ж.-Ф. Лиотар, М. Фуко, З. Бауман, Н. Луман).

Рассмотрим их подробнее.

Структурно-функционалистские теории

Э. Дюркгеймом была предложена теория аномии, согласно которой избежать отклоняющегося поведения нельзя, поскольку в обществе всегда существует огромное разнообразие различных видов поведения. До Дюркгейма термин «аномия» использовали английские теологи XVII в. для обозначения пренебрежения правом, в частности, церковным. Аномия в понимании Дюркгейма обозначала состояние общества, характеризующееся отсутствием четкой моральной регуляции поведения индивидов, когда старые нормы и ценности уже не соответствуют реальным отношениям, а новые еще не утвердились.

Дюркгейм рассматривал отклоняющееся поведение как объективно существующий социальный феномен, подчеркивая то, что оно выполняет в обществе определенные функции. Автор утверждал, что если полностью устранить преступность в обществе, оно лишится внутренних ресурсов саморазвития и социальных изменений. Следовательно, преступность логическим образом включена в число важнейших условий существования социальной организации. Таким образом, по Дюркгейму преступность – это своеобразная плата за социальные изменения, – без нее давление коллективного сознания было бы настолько сильно, что никто не смог бы ему противостоять, а общество было бы обречено на стагнацию (Дюркгейм, 1993).

В своей работе «О разделении общественного труда» (1893) Дюркгейм предпринял попытку анализа причин усиления или ослабления социальной солидарности в обществе. Автор подчеркивал, что по мере дифференциации труда в обществе социальная сплоченность снижается, возрастает социальная изоляция людей и разрастается отклоняющееся поведение. В итоге процесс замены традиционной власти авторитета рационально организованной системой разделения труда влечёт за собой не только экономические блага, развитие науки и техники, но и рост таких неблагоприятных социальных последствий, как обострение состояния неудовлетворенности и, соответственно, возрастание числа различных видов девиантного поведения. Свой подход Дюркгейм назвал теорией аномии, полагая, что в основе девиантности лежит отсутствие или ослабленность норм, традиционно характерных для данного общества (Социология преступности, 1966, с. 46–54).

Крупнейший представитель социального функционализма Р. Мертон, развивая концепцию Дюркгейма, предложил собственное понимание аномии. По Мертону, источником девиаций является неодинаковая для различных групп населения возможность легального достижения социально одобряемых целей, которая обусловлена официальной структурой общества, что приводит к образованию неофициальных общественных структур и индивидуальных девиантных реакций, служащих достижению целей. Различное отношение к целям и средствам определяет возможные типы поведения: 1) подчинение (принятие целей и средств), 2) инновация (принятие целей, отрицание средств), 3) ритуализм (отрицание целей, принятие средств), 4) ретретизм, уход (отрицание целей и средств), 5) мятеж (отрицание целей и средств с заменой их новыми). Мертон считал, что поскольку общественные девиации выполняют определенные социальные функции, необходимо предоставить желаю-

щим альтернативные социально одобряемые средства и способы их реализации (Мертон, 1992).

Работа Мертона дала мощный импульс к использованию категории аномии при объяснении причин преступности, когда четкие нравственные ориентиры отсутствуют не во всем обществе, а только в отдельных его группах. С помощью этого подхода в социологии описываются особенности молодежных субкультур, в которых по мере их развития размытые поведенческие нормы складываются в особые зачастую девиантные формы поведения, по которым эти субкультуры отличают себя от других.

Ученик Мертона Р. Кловард и его сотрудник Л. Олин в своей монографии 1960 года «Преступность несовершеннолетних и возможности: теория молодежных криминальных групп» попытались объединить концепцию аномии и теорию дифференцированной связи Сатерленда, объясняющую формирование преступной субкультуры за счет избирательного отношения личности к нормам и ценностям своего окружения. Авторы доказывали, что общество, прививая подросткам определенные ценности, не учитывает реально доступных возможностей их достижения для большинства молодых людей. В действительности овладеть этими ценностями законными способами могут лишь немногие. Большинство вынуждены нарушать для этого нормы морали и требования закона.

Американский социолог Т. Парсонс расширил формулировку аномии Мертона и воплотил ее в более широкую теорию анализа взаимодействия, используя систему трех переменных: активность-пассивность, отношение к индивидуальным нормам и отчуждение-подчинение. Парсонс объясняет возникновение девиаций у индивида невыполнением ожиданий от общества.

Одновременно со статьей Мертона в 1938 году появилась работа Т. Селлина «Конфликт культур и преступность». Если Мертон проанализировал конфликт между культурными ценностями и возможностями их достижения, то Т. Селлин рассмотрел в качестве криминогенного фактора конфликт между культурными ценностями различных сообществ. Эмпирической основой его гипотезы стали результаты чикагских исследователей, установивших повышенный уровень преступности в кварталах некоренных американцев – негров, пуэрториканцев, итальянцев. Своей теорией конфликта культур автор попытался объяснить этот феномен, трансформировав марксистскую теорию классовых противоречий, устранив ее наиболее острые и революционные аспекты

и несколько уменьшив ее масштаб, что позволило применять этот подход не только к анализу противостояния различных частей всего общества, но и к внутренним противоречиям более мелких социальных образований.

На основе теории Селлина социолог Коэн в 1955 году разработал концепцию субкультур. Автор еще более сузил масштабность рассмотрения социальных групп, изучая особенности культурных ценностей криминальных объединений, таких как банды, сообщества, группировки. В этих микрогруппах могут формироваться свои микрокультуры, включающие взгляды, привычки, умения, стереотипы поведения, нормы общения, права и обязанности, меры наказания нарушителей норм, выработанных такой микрогруппой. Совокупность сходных микрокультур образует в масштабе общества субкультуру. Как правило, криминальная субкультура находится в противоречии с господствующими в обществе ценностями. Попадая в преступную группу и восприняв ее субкультуру, человек как бы освобождается от иных социальных запретов. Более того, их нарушение нередко бывает одной из норм криминальной субкультуры.

Теория нейтрализации или «социального дрейфа» Сайкса и Матза и теория социального сдерживания Хирши в отличие от предыдущих подходов, рассматривают в качестве основной причины девиации не особенности общества, а саму личность, выбирающую между законопослушным и девиантным поведением. Теория нейтрализации подразумевает, что человеку от природы свойственно законопослушное поведение, тогда как девиантное поведение формируется под давлением обстоятельств. Теория сдерживания, напротив, утверждает, что человек от природы не склонен следовать каким-либо нормам, но под давлением общества «сдерживает» свои девиантные проявления.

Интеракционистские теории

Еще одним шагом в теоретическом осмыслении девиантности было возникновение подходов, фокусированных на процессах символического взаимодействия (интеракции), в ходе которых социальное окружение классифицирует человека как девианта. Интеракция реализуется через символы, определения, выявленное значение и смысл действий, совершаемых другими лицами. Центральной идеей интеракционистских теорий является концепция «самореализующегося пророчества», в соответствии с которым «заклейменный» начинает действовать после получения «ярлыка» в соответствии с социальными ожиданиями.

Теория стигматизации (или навешивания ярлыков) базируется

на предположении, что отклоняющееся поведение формирует само общество, навязывая подростку определенную роль. Педагогам, например, хорошо известны случаи, когда подросток незаслуженно приобретает репутацию хулигана вследствие недопонимания с окружающими. Но затем зачастую такая репутация охотно поддерживается некоторыми учителями, и подросток вынужден следовать навязанной роли.

Теория драматизации зла Ф. Танненбаума (1938) объясняет девиантность склонностью общества гипертрофировать и популяризировать некоторые отклоняющиеся поступки людей, после чего девиант «вынужден» соответствовать общественному мнению в отношении себя.

Г. Беккер (1963) предложил концепцию, игнорирующую психологические и социологические объяснения девиации, основанные на медицинской модели, согласно которой человек, проявляющий девиантное поведение, считается в некотором смысле «больным». Такие подходы, по мнению автора, не учитывают политический аспект девиации. Беккер полагает, что девиация обусловлена правоспособностью влиятельных групп общества (это законодатели, судьи, врачи и пр.) навязывать другим группам или людям определенные стандарты поведения, или, другими словами, «навешивать ярлыки» девиантов членам менее влиятельных групп.

Э. Лемерт (1951) сформулировал концепцию первичного и вторичного отклонения. Под первичным отклонением подразумевается отклоняющееся поведение личности, которое в целом соответствует культурным нормам, хотя и выходит за рамки общепринятого. Девианты остаются первичными до тех пор, пока их действия не классифицированы как девиантные. Вторичным отклонением Лемерт называл поведение, формирующееся после определения человека как девианта, которое носит защитный или приспособительный характер, и способно предопределить дальнейшую судьбу человека, став причиной «девиантной карьеры».

Теория девиации и благонравия Д. Стиффенмейера и Р. Терри (1973) основывается на склонности общественности определять личность как девиантную по причинам, не связанным с поведением, нарушающим какие-либо запреты или нормы. Теория ретроспективной интерпретации Дж. Китсусе (1962) описывает процесс «легализации» обществом ярлыка девианта путем придания нового смысла некоторым поступкам человека.

К группе интеракционистских следует отнести так называемые организационные теории, рассматривающие в качестве причин девиантности взаимоотношения человека и социальных организаций, главным образом, здравоохранения и полиции. Д. Блэк (1971) сформулировал те-

орию «социальной организации полицейского ареста», где подчеркивал, что многие социальные организации изначально относятся к человеку как к преступнику, а основная их деятельность сводится к выявлению девиантного поведения. Э. Гофман (1961) и Р. Скотт (1969) исследовали неформальные правила и нормы, приводящие к «этикетированию» индивида в качестве девианта при обращении за медицинской помощью.

Теории конфликта

Еще больший акцент на общественном устройстве как источнике отклоняющегося поведения делается в рамках радикальной или критической криминологии, рассматривающей буржуазное общество как «преступную систему», защищающую интересы правящих классов. Представители конфликтного подхода полагают, что отклонения присутствуют скорее в субъективном восприятии наблюдателя, чем объективно, анализируя при этом причины отнесения к девиациям того или иного вида поведения. Обращаясь к наследию К. Маркса, они сосредоточивают свое внимание на экономических, политических и других противоречиях в интересах различных социальных групп общества.

В рамках этой теории преступление является бунтом против буржуазной системы и изучается в контексте политико-экономических процессов. Так Э. Ферри (1881) полагал, что существует «закон насыщения преступностью», определяющий ее уровень в конкретной стране. Отсюда сторонники теории конфликта отвергают все теории преступления, основанные на понятии закона. О. Турк (1969), например, считал, что законодательная и правоохранительная власть в любом государстве защищает интересы некоторых групп населения в большей мере, чем остальных. Этот конфликт и порождает девиантное поведение представителей депривированных групп.

С. Снайдер (1975) рассматривал девиантность как средство выживания и сопротивления существующему обществу. Р. Квинней утверждал, что законы и деятельность правоохранительных органов являются орудиями, которые правящие классы, владеющие средствами производства, используют против тех, кто лишен власти. Например, в XII веке были приняты законы, запрещающие бродяжничество, что было обусловлено стремлением аристократии, владевшей землей, заставить бедняков работать. Р. Дарендорф рассматривает социальную иерархию и неравенство как неизбежный спутник и источник развития конфликта. Власть как насилие одних над другими, борьба за власть и ее перераспределение – неперенные компоненты общественной жизни (2002). Л. Козер считал, что лидеры социальных групп, в целях увеличивая их сплочен-

ности, нередко прибегают к поискам «козла отпущения» (scapegoat), что приводит к формированию девиантных групп (2000).

Постмодернистские теории

Основоположниками постмодернизма в социологии принято считать Ж. Ф. Лиотарда и М. Фуко. Используя достижения естественных наук первой половины XX века, – теорему К. Гёделя в математике, дискуссию М. Борна – А. Эйнштейна, принцип дополнительности Н. Бора, теорию катастроф Р. Тома, постмодернизм, в отличие от позитивизма и классического детерминизма, акцентирует внимание на принципиальной нестабильности социальных систем.

У. Бек (Beck, 1993) фактически заменил понятие общественного развития на понятие общественного кризиса, а современное общество назвал «обществом риска» или «катастрофическим обществом», подчеркивая, тем самым, что человеческая история – это не разумный процесс, а результат случайности и неопределенности. Отсюда, общественные истины, нормы, стандарты и ценности конвенциональны и относительны, лишены онтологических оснований, а попытки добиться в обществе порядка в соответствии с некими идеальными целями обречены на неудачу.

Особое место в социологии и девиантологии занимают труды М. Фуко. Он глубоко исследовал историю тюрьмы, криминологии и стратегий социального контроля. Центральное место в истории борьбы с девиациями Фуко отводил власти, которая по своей природе репрессивна и стремится контролировать все проявления человеческого поведения. Фактически в пеницитарной системе, здравоохранении, образовании и науке Фуко видел только функции социального контроля. Люди в таком обществе изначально рассматриваются как девианты (Фуко, 1997).

Н. Луман перенес на общество системные естественнонаучные представления, подчеркивая, что общество – лишь часть, элемент природы, в которой не существует норм и отклонений. Следовательно, социальная система не может достичь состояния нормы, а любые попытки социального контроля – не более чем иллюзия. Важным теоретическим решением Лумана стала попытка рассмотрения социальных систем как подвида биологических в терминах «аутопойэзиса» или самовоспроизводства. Термин означает, что система, – и в этом биологические системы, по мнению Лумана, аналогичны социальным, – способна производить и воспроизводить все свои части из себя самой. В этом смысле социальные системы существуют, только пока они продолжают свою деятельность. При стагнации же система «исчезает» – происходит то же, что понимается под смертью в биологических системах. Отсюда утверждается, что

существование общества, как и других социальных систем, конечно. Такой «конечной точкой» для общества будет прекращение коммуникации и его однородность или другими словами, отсутствие девиантности (Луман, 1994).

Всех рассмотренным теориям девиантного поведения присуща историческая тенденция «сдвига» от рассмотрения биологических и психологических факторов девиантного поведения, к особенностям общества, где локализованы причины возникновения девиаций. В теориях девиантности XX века, по сравнению с теориями XIX века, чаще критикуется существующее социальное устройство, подчеркивается необходимость преобразования не отдельных людей, а общества в целом.

1.3.2. Подростковая девиантность

Как было показано выше, девиантность, с точки зрения социологии, – это естественный механизм, обеспечивающий поддержание разнообразия поведения в обществе. При этом подростковая субпопуляция является наиболее динамичной его частью. Фактически так называемый «конфликт поколений» состоит в том, что подростки по естественным причинам склонны экспериментировать с формами поведения, которые несвойственны старшим поколениям. Наиболее успешные формы поведения закрепляются и остаются в опыте всего общества, когда подростки сами становятся взрослыми. Человеческая история создавалась людьми, которые совершали географические и научные открытия, развивали новые технологии и типы социальных отношений, создавали великие произведения искусства, в итоге меняя образ жизни общества и расширяя его жизненное пространство. Однако поведение таких людей далеко не всегда одобряется обществом, потому что оно часто связано с нарушением общепринятых норм. Этот феномен получил в социологии название *позитивной (или положительной) девиантности*. Оно является очень важным для понимания поведения подростков (Гишинский, 1990).

Под подростковой девиантностью обычно подразумевается негативные поведенческие проявления, часто представляющие угрозу и обществу, и самому подростку. Вместе с тем, концепция позитивной девиантности исходит из предположения, что поведенческие нарушения у подростка формируются при недостатке условий для реализации естественной поведенческой активности. К таким условиям относится все, что определяет успешность социализации человека: достаточный эмоциональный контакт в семье, эффективно организованный учебный процесс в школе, широкие возможности удовлетворения исследовательских и творческих интересов и выстраивания желаемой карьеры, нали-

чие позитивного круга общения и т. д. Именно недостаток или отсутствие таких условий может трансформировать естественную активность подростка в саморазрушающее поведение.

Ниже представлена характеристика основных форм девиантного поведения, представляющих наибольшую угрозу здоровью и жизни самих подростков и социальному благополучию общества в целом. Хотя молодежное поведение «риска» имеет в России еще и отчетливую территориальную неоднородность, условно можно говорить о следующем порядке значимости видов угрожающего здоровью поведения, присущего современной российской молодежи:

- аддиктивное поведение, т. е. алкоголизация, выступающая фактором риска заболевания алкоголизмом; наркотизация, выступающая фактором риска заболевания наркоманиями и ВИЧ–инфицирования; табакокурение, выступающее фактором риска онкологических заболеваний верхних дыхательных путей и потенцирующее повреждающее влияние на здоровье широкого круга генетических и средовых факторов;
- сексуальное поведение в вариантах сексуальной распущенности, небезопасных и коммерческих сексуальных контактов, выступающее фактором риска заболевания СПИДом и другими инфекциями, передающимися половым путем, а также подростковых беременностей;
- криминальное поведение, связанное с насилием, выступающее фактором «риска» травматизма и другие.

Именно эти виды связанного со здоровьем поведения должны определять направленность, содержание и методы реализации профилактических программ в молодежной части популяции.

В период интенсивных социальных изменений системе здравоохранения России удалось сохранить эффективный контроль над распространением большинства острых инфекционных заболеваний. Однако в сфере заболеваний, в возникновении которых основную роль играют социально–поведенческие факторы, такой контроль оказался во многом утраченным или неэффективным.

Тем не менее, на одной из этих причин следует остановиться более подробно. Она заключается в состоянии профилактической медицины в стране еще до начала социальных катаклизмов.

С 30–х гг. XX в. профилактическая деятельность в Советском Союзе строилась на непосредственно заимствованной из клинической медицины, так называемой биомедицинской модели болезни, предусматривающей превентивный контроль над физическими, химическими

и биологическими повреждающими здоровье средовыми агентами. Смена социального паттерна патологии от инфекционных к хроническим неинфекционным заболеваниям, произошедшая в СССР в 60–х гг. XX в., не привела к своевременному пересмотру превентивной политики, в том числе и по идеологическим причинам. Это выразилось, в числе прочего, в игнорировании необходимости научной разработки социально–поведенческой проблематики здоровья.

Нельзя не отметить, что опасность такого положения дел в социально–гигиенической науке хорошо осознавалась ведущими отечественными специалистами, начиная с 1970–х гг. Тем не менее, практики профилактической медицины оказались совершенно не подготовленными к взрыву заболеваемости, обусловленной социально–поведенческими факторами «риска». Зарубежные же, главным образом американские социологи и социальные психологи, напротив, стали чрезвычайно активно развивать соответствующую область знания, сделав ее прочной основой для практической деятельности по сохранению и укреплению здоровья населения.

1.3.3. Алкоголизация

Распространенность алкоголизации среди подростков

Употребление алкоголя среди подростков в современном российском обществе фактически стало статистической нормой: к окончанию средней школы подавляющее большинство учащихся пробуют алкогольные напитки. Вместе с тем, разовые пробы алкоголя, которыми обычно ограничивается опыт школьников, не приводит к злоупотреблениям – регулярному приему крепких алкогольных напитков.

Проведенные в 2007–2010 годах в областных центрах Северо-западного федерального округа РФ исследования среди подростков в возрасте 15–16 лет продемонстрировали, что подавляющее их большинство (91,7%) уже имеют опыт хотя бы разового употребления алкогольных напитков (Цветкова и др., 2011; Цветкова, Антонова, 2011). Причем у девочек этот показатель оказался значимо несколько выше по сравнению с мальчиками (93% и 90% соответственно). Согласно полученным данным, подростков можно разделить на три примерно равные подгруппы: имеющих единичные пробы алкоголя (31%), пробовавших алкоголь время от времени (30%) и тех, для кого употребление алкоголя носит регулярный характер (31%).

Структура алкопотребления определялась в исследовании по видам алкогольных напитков, которые употребляли подростки за последние 30 дней, предшествовавших проведению исследования. Наиболее распро-

страненным спиртным напитком среди российских учащихся 15–16 лет является пиво. Чуть более трети (37,5%) подростков сообщили, что употребляли пиво за последние 30 дней хотя бы один раз. Второе место среди алкогольных напитков по степени предпочтения подростками занимает шампанское – его за предшествующий опросу месяц употреблял каждый четвертый (26,2%) подросток, причем среди девочек эта доля была значительно выше, чем среди мальчиков (31,7% и 19,8% соответственно).

Третье и четвертое ранговое место среди алкогольных напитков по степени предпочтения подростками заняли вино (24,9%) и алкогольные коктейли (24,9%), к которым относятся популярные среди молодежи алкогольные коктейли, такие как джин-тоник, ром-кола, содержащие алкоголь «энергетики» и тому подобные напитки, произведенные промышленным способом с содержанием алкоголя 7–9%.

Крепкие алкогольные напитки, такие как водка, коньяк, виски и т. д., а также содержащие их коктейли, за 30 дней, предшествующих исследованию, употребляли 18,9% учащихся, 5,1% из которых делали это 3 раза в месяц и чаще, а 1,0% – свыше 10 раз в месяц. Употребление крепких спиртных напитков чаще встречается среди мальчиков по сравнению с девочками. Так, среди мальчиков употребляли крепкие спиртные напитки за последний месяц 20,2%, и 6,3% делали это чаще трех раз, а среди девочек – 17,8% и 4,0% соответственно.

В исследовании изучалась субъективная оценка степени алкогольного опьянения в последний день употребления подростком алкоголя. Учащимся было предложено оценить степень своего опьянения в последний день потребления алкогольных напитков по 10-балльной шкале, где 10 баллов – «тяжелое опьянение, невозможность вспомнить, что было». Около трети учащихся (31,2%) сообщили, что не испытывали опьянения в последний день употребления алкоголя, причем девочки сообщали о таком опыте чаще мальчиков (32,3% и 29,9% соответственно). О слабой степени опьянения (2–4 балла) сообщили 41,2% учащихся, или 38,5% мальчиков и 43,4% девочек. Среднюю степень опьянения (5–7 баллов) испытали при последнем приеме алкоголя 13,9% опрошенных, из них 14,9% мальчиков и 13,0% девочек. Тяжелое состояние опьянения (8–10 баллов), включая «невозможность вспомнить, что было», отметили 5% учащихся, и доля таких ответов среди мальчиков была значительно выше по сравнению с девочками (6,3% и 4,0% соответственно).

Таким образом, тот объем алкогольных напитков, которые опрошенные употребляли в ходе последнего эпизода приема алкоголя, у большинства из них (68,8%) вызывал состояния опьянения (от легкой до тяжелой

степени), причем практически каждый четвертый подросток (18,9%) оценил свое состояние как среднюю или тяжелую степень опьянения.

Значительное влияние на приобщение подростков к употреблению алкоголя оказывают особенности алкогольных традиций среди населения страны. Для российской культуры характерно приобщение к алкоголю в относительно раннем возрасте, и первые пробы его, как правило, осуществляются дома за семейным торжеством. Средний возраст первой пробы любого алкогольного напитка у опрошенных подростков составил 12,5 лет. При этом, среди участников опроса была выявлена группа лиц, которые впервые выпили любой из вышеперечисленных напитков до 9 лет включительно: их доля составила 16% от всей выборки.

В соответствии с Законом РФ «О мерах по ужесточению порядка торговли алкогольной продукцией» от 19.08.1996 года лицам, не достигшим 18 летнего возраста, продажа алкогольной продукции не допускается. Тем не менее, данные опроса свидетельствуют о том, что более трети подростков (38,7%) все же приобретали в магазинах (киосках, палатках, на бензозаправках и т.п.) алкогольные напитки для собственного потребления хотя бы один раз за 30 дней, предшествовавшие опросу. Причем доля мальчиков, совершивших такую покупку, была значимо выше доли девочек (42,2% и 35,6% соответственно). Заметная доля подростков в возрасте 15–16 лет (28%) обслуживалась в барах, пабах, ресторанах или на дискотеках, т.е. каждый четвертый подросток употреблял алкогольные напитки в вышеперечисленных заведениях.

Ретроспективный анализ подростковой алкоголизации в России демонстрирует, что она представляет собой устойчивый тренд (обзор по Гурвич и др., 2008). Дореволюционные исследователи отмечали широко распространенное использование алкоголя в качестве лекарственного средства для детей, которое было следствием отсутствия знаний у родителей о вреде алкоголя для здоровья ребенка. Г.П. Горячкина (1896) на материале амбулаторного приема 1671 ребенка в возрасте до 12 лет продемонстрировала, что треть детей с различной степенью регулярности получают алкоголь в качестве лекарства, в половине случаев – по инициативе врача, и еще в половине случаев – по инициативе родственников. Детей в возрасте 10–12 лет, работавших подмастерьями, спаивали на работе. В целом, до 16% из числа обследованных детей систематически употребляли алкоголь.

Наиболее масштабным в этой области было исследование алкоголизации крестьянских детей, проведенное А.М. Коровиным (1910). Он обследовал 22617 школьников в 358 сельских школах Московской гу-

бернии. Анализ результатов показал широкую распространенность употребления алкогольных напитков детьми. Употребляли алкоголь 67,5% мальчиков и 46,2% девочек. С возрастом доля «пьющих» нарастала, однако у девочек оставалась в 1,5 раза меньшей, по сравнению с мальчиками. Главными «пропагандистами» употребления алкоголя были родители детей. Отец чаще предлагал алкоголь мальчикам, мать – девочкам. Сельские школьники употребляли алкоголь в тех же случаях, что и взрослое население – в праздники, торжества и т.п. Мальчики предпочитали крепкие напитки, девочки – слабые. У употребляющих алкоголь подростков снижалась успеваемость.

Д. Н. Никольский (1910) показал распространенность алкоголизации среди студентов столичных высших учебных заведений. В различных учебных заведениях она составила 58,3% – 71,5% от числа обследованных, а от 1,5% до 2% студентов употребляли алкогольные напитки ежедневно. Алкоголь употреблялся студентами не часто, «по случаю», но, как правило, до состояния глубокого опьянения.

По инициативе Института социальной гигиены проводились массовые обследования учащихся. Э. И. Дейчман (1927) обследовал 2000 детей младшего школьного возраста, используя метод «замаскированного» опроса. Не знакомы со вкусом спиртного были только 11,8% детей, $\frac{1}{4}$ детей употребляли алкогольные напитки каждое воскресенье, более половины – регулярно по праздникам. Алкоголем детей обычно угощали родители. Нередко они же посылали детей за покупкой алкоголя.

В. Липский и И. Тетельбаум (1929) опросили 264 учащихся фабричной школы, и обнаружили, что к употреблению алкоголя подростков, как правило, побудили родители и близкие родственники, а актуальная алкоголизация происходила в кругу сверстников. Подростки выпивали в среднем около 1,5 бутылок водки в месяц. Разовая доза алкоголя у 14–17-летних была большей, по сравнению с юношами старшего возраста. Большинство подростков не были информированы о вреде алкоголя, ссылаясь на то, «если врач советует вино – значит оно полезно». Среди причин алкоголизации учащихся авторы также отмечают отсутствие возможностей для проведения досуга.

В исследовании А. И. Исхаковой (1929), опросившей 6598 казанских школьников, были проанализированы поводы употребления алкоголя детьми и их родителями. Результаты демонстрируют, что дети копируют родительский паттерн употребления алкоголя. Была прослежена роль социально-классовой позиции в алкоголизации населения. Так, была показана концентрация потребления среди представителей низшего клас-

са – промышленных рабочих и лиц, занятых ручным трудом, а также среди представителей высшего класса – дворянства, студенчества.

Большое значение в распространении алкоголизации, в особенности среди детей и подростков, придавалось низкому уровню гигиенических знаний среди родителей и врачей. Также было показано, что в алкоголизации подростков большое значение имеет научение родительскому паттерну потребления.

Была, кроме того, продемонстрирована глубокая интегрированность потребления алкоголя в жизнь различные слоев населения. Большую роль здесь играли культурные нормы потребления, действующие в связи с различными, и, прежде всего религиозными событиями.

Были получены оценки роли различных социально-экономических факторов в алкоголизации населения. Обнаружилась неэффективность запретительной политики. Исследовательская деятельность в сфере алкогольной проблематики, таким образом, была высоко продуктивной до той поры, пока в начале 30-х годов она не была полностью свернута.

Первое за советский период комплексное социально-гигиеническое исследование употребления алкоголя подростками было проведено Е. С. Скворцовой (1981). Данные собирались путем опроса 3555 подростков – учащихся 8–10 классов, подростков, состоящих на учете в центральной детской комнате милиции и наркологическом диспансере, а также в ходе обследования 495 семей злоупотребляющих алкоголем подростков, проживающих в промышленном районе Москвы. Интенсивность алкоголизации повышалась с возрастом, оставаясь меньшей у девочек. Большинство случаев алкоголизации, как и первой пробы алкоголя, были связаны с семейными торжествами.

Анализируя исследования 20–30-х годов, автор отмечает, что распространенность подростковой алкоголизации по данным ее исследования совпадает с данными тех лет, однако половые различия в уровне и интенсивности алкоголизации уменьшились. Для оценки влияния социально-гигиенических факторов на подростковую алкоголизацию автор сравнила выборку злоупотребляющих алкоголем подростков с контрольной группой абстинентов того же возраста. Применение дисперсионного анализа позволило оценить силу влияния на алкоголизацию 18 переменных. Наибольшее влияние оказывали продолжительный бессодержательный досуг, ранняя проба алкоголя, конфликты в семье, алкоголизация отца. Промежуточное положение по силе влияния имели факторы семейного функционирования: низкий образовательный уровень родителей, неудовлетворительное материальное положение, непол-

ная семья. Наименьшее значение имели осложнения беременности и родов, психические отклонения в преемобидном периоде, травмы головы.

Б. С. Братусь и П. И. Сидоров (1984) изучали социально-психологические факторы подростковой алкоголизации в связи с урбанизацией. Для этого были опрошены 10000 школьников 3–10 классов из разных по величине и значению городов: Инты, Архангельска и Ленинграда.

Среди мальчиков чаще употребляли алкоголь жители Инты, среди девочек – Ленинграда, что указывает на эмансипацию девочек в крупном городе. Для детей обоего пола прослеживалась прямая зависимость частоты алкоголизации в семье от «уровня урбанизации», с максимальными показателями по Ленинграду.

Школьники, которым родители давали алкоголь по праздникам, в девять раз чаще, чем их сверстники, которым родители запрещали пробовать алкоголь, впоследствии выпивали в компании друзей. Для подростков, употреблявших алкоголь дома по праздникам и в компании сверстников, было характерно более лояльное отношение к пьянству.

Отношение к пьянству также менялось в зависимости от пола и возраста. С возрастом лояльность нарастала, оставаясь у девочек меньшей. Одобрение потребления алкоголя по праздникам и при встрече с друзьями было связано с возрастом аналогичным образом. У мальчиков одобрительное отношение к употреблению алкоголя распространялось, кроме того, и на ситуацию употребления в выходные дни.

Выборочное исследование потребления психоактивных веществ среди сельских школьников, проведенное в 2001–2002 годах демонстрирует, в общем, сходные результаты (Положение с потреблением..., 2003).

В целом распространенность алкоголизации на 100 мальчиков 15–17 лет составила 71,8, на 100 девочек того же возраста – 76,7. По регионам наибольшая алкоголизация у мальчиков наблюдалась в Краснодарском и Красноярском краях, Мурманской, Пермской и Смоленской областях, у девочек – в Краснодарском и Красноярском краях, Московской, Мурманской и Смоленской областях. Наименьшая распространенность для подростков обоих полов отмечалась в республиках Удмуртия и Чувашия. Впервые подростки пробовали алкоголь в возрасте 13–14 лет и 11–12 лет, 2/3 мальчиков и 3/4 девочек впервые пробовали алкоголь на семейном празднике. Среди поводов употребления алкоголя преобладали семейные праздники (у 1/3 подростков), праздники в кругу друзей (1/2 подростков), с друзьями без повода или от скуки (1/10 подростков). У сельских школьников, в сравнении с городскими, уровень алкоголизации был статистически значимо ниже.

Значительный интерес для определения содержания и направления мер профилактики алкоголизации подростков представляют результаты популяционного исследования, проведенного в Санкт-Петербурге в 1999 году (Гишинский, Гурвич, Русакова и др., 2001). Подавляющее большинство подростков имеет опыт употребления алкоголя. Первая проба алкоголя происходит более чем у 50% подростков в возрасте 14–16 лет, у 10% – в 17–19 лет. До 14 лет впервые пробуют алкоголь более 30% подростков, причем до 7 лет – почти 4%. При этом, следует отметить, что расстройств, характеризующих начальную стадию развития алкогольной болезни, у большинства подростков не наблюдается. Так, частую утрату ситуационного контроля отметили лишь 5,9% опрошенных, а количественного контроля – 7,2%.

Основное количество алкоголя употребляется подростками в виде пива, несмотря на его вдвое меньшую разовую дозу, по сравнению с вином и крепкими напитками. Разовые дозы последних почти равны, однако крепкие напитки употребляются подростками в 3,5 раза чаще, чем вино. Описанные соотношения заставляют подвергнуть сомнению точность зрения о “безобидности” употребления пива подростками.

Среди моделей употребления алкогольных напитков, присущих преимущественно девушкам, характерно употребление небольшого количества вина по праздникам, а также и употребление различных алкогольных напитков – умеренно в будние дни, и в выходные, праздничные дни, дни выплат – в большом количестве. Для юношей характерна множественность моделей употребления, в виде употребления различных спиртных напитков, в различных дозах, как в будние, так и выходные и праздничные дни, в том числе – и употребление алкоголя в зависимости от эмоционального состояния и ситуации.

Отмеченные различия отражают характер социально-нормативного регулирования употребления алкоголя. В целом, это большая социальная приемлемость употребления алкоголя мужчинами. По-видимому, является социально-ролевым поведением и использование алкоголя юношами при переживании стресса.

При наличии зарегистрированных официально или незарегистрированных, но устойчивых связей сексуального партнерства систематическое употребление алкоголя партнером отмечают почти 5% опрошенных. Практически всегда это более-менее частая совместная алкоголизация.

К основным факторам, выявленным в данном цикле исследований, влияющим на характеристики подростковой алкоголизации, относят прежде всего факторы, ассоциированные с личностью подростка, и яв-

ляющиеся факторами предрасположенности (предиспонирующие).

По результатам школьной выборки, таким предрасполагающим фактором являются речевые расстройства в детском возрасте. У подростков, наблюдавшихся или лечившихся логопедом, втрое чаще отмечается употребление алкоголя, чем у не подвергавшихся лечению. Поскольку подобные расстройства в своем большинстве имеют невротическую природу, здесь можно предполагать использование подростками алкоголя в функции облегчения межличностных контактов.

Факторы социального окружения в формировании подростковых отклонений выполняют функцию разрешающих (преципитирующих). Из них наиболее “близким” по своему влиянию является семейное окружение. Сам по себе факт воспитания в родительской семье уже воздействует на подростковую алкоголизацию. Так, воспитание вне семьи обуславливает в подростковой среде как очень раннюю (до 7 лет), так и сравнительно позднюю (17–19 лет) первую пробу алкоголя.

Прослеживается и влияние семейного окружения на частоту употребления подростками в популяции крепких спиртных напитков. Проживающие вне семьи подростки демонстрируют и наиболее частое, и относительно редкое употребление крепких напитков, тогда как проживающие в семье – и среднее по частоте, и наиболее редкое употребление.

У подростков-юношей проживание вне семьи способствует следующим моделям употребления алкоголя – употреблению различных видов алкогольных напитков – умеренно по будням, с неумеренным употреблением алкоголя или без него в праздничные и выходные дни. Напротив, проживающие в семье подростки чаще употребляют незначительное количество вина по праздникам, либо прибегают к повседневному употреблению алкоголя, либо алкоголизируются в зависимости от своего эмоционального состояния и ситуации.

Таким образом, семейные воспитательные воздействия не являются фактором, предохраняющим подростков от алкоголизации, но лишь моделируют эту алкоголизацию в направлении менее тяжелых форм употребления алкоголя. Семейные влияния на подростковую алкоголизацию в популяции могут быть связаны со структурой семейного окружения.

Воспитание в семье с одним или обоими родителями, в общем, способствует ранней пробе алкоголя, но препятствует его актуальному употреблению. При этом реже утрачивается ситуационный контроль, реже отмечается и склонность к воздержанию от алкоголя. Действительно, подростки-юноши под влиянием родителей чаще формируют модели

употребления алкоголя, характеризующиеся умеренной алкоголизацией только по праздничным дням или в зависимости от эмоционального состояния и ситуации. Нетрудно заметить сходство этого влияния с влиянием родительской семьи вообще. Другими словами, влияние родительской семьи – это, как и следовало ожидать, прежде всего, влияние родителей. Однако их влиянием воздействие семейного окружения далеко не исчерпывается.

Существенным источником внутрисемейного влияния на алкоголизацию выступают сестры и братья (сисбсы) подростка. Их наличие провоцирует актуальную алкоголизацию, причем с утратой ситуационного контроля, хотя в отношении этого последнего показателя алкоголизации может присутствовать и противоположное влияние.

Создание подростками официально зарегистрированной или незарегистрированной собственной семьи также выступает, при условии совместного проживания, существенным фактором, провоцирующим алкоголизацию. Само наличие брачного партнера может либо стимулировать подростковую алкоголизацию, либо препятствовать ей.

Такая криволинейная связь устанавливается по индикаторам разовой дозы крепких спиртных напитков и вина, а также утраты ситуационного контроля. Наличие в семье братьев и сестер партнера способствует, прежде всего, актуальному употреблению алкоголя, а именно более частому употреблению пива и вина. В последнем случае, однако, и при отсутствии у партнера братьев и сестер отмечается достаточно частое употребление. Соответственно, и разовая доза вина при наличии у партнера сисбсов чаще средняя для выборки. При такой структуре семьи чаще утрачивается ситуационный контроль; у подростков-юношей чаще формируется модель употребления и легких, и крепких напитков по праздничным и выходным дням, тогда как у девушек – крепких напитков по праздникам. И у тех, и других наличие в семье братьев и сестер партнера способствует формированию модели повседневного употребления алкоголя.

Наличие в молодежной семье собственных детей влияет на тяжелые проявления алкоголизации. При этом разовая доза употребляемых крепких спиртных напитков может, как увеличиваться, так и снижаться. Тем не менее, у подростков-юношей формируются модели тяжелой алкоголизации – повседневное употребление алкоголя с его чрезмерным употреблением в праздничные и выходные дни. Такое влияние собственных детей может быть объяснено так называемым “воспитательным стрессом”, особенно тяжело переживаемым мужчинами.

Присутствие родителей брачного партнера также способствует актуальному употреблению алкоголя, утрате ситуационного и количественного контроля и употреблению подростками-юношами крепких напитков по праздникам. Таким образом, влияние родительской семьи партнера на подростковую алкоголизацию противоположно влиянию собственной родительской семьи, т. е. утяжеляет алкоголизацию.

Возможны два объяснения описанного влияния. Прежде всего, переход в семью брачного партнера может быть проявлением реакции подросткового стремления к независимости (эмансипации), сопровождающегося выходом из-под родительского контроля, в том числе и в сфере употребления алкоголя. Родительская семья партнера не в состоянии обеспечить подобный контроль просто в силу недостаточного единства между ней подростком. Однако и сама по себе внутрисемейная алкоголизация может выступать средством присоединения подростка к новой семейной группе.

Следующим уровнем влияния социального окружения на подростковую алкоголизацию является принадлежность к большим социальным группам. Полоролевое самоопределение обуславливает лишь сами параметры употребления алкоголя подростками в популяции. Крепкие спиртные напитки юноши в популяции употребляют чаще и в большей разовой дозе, по сравнению с девушками. В целом, сходная закономерность отмечается и в отношении частоты употребления вина. Тем не менее, модель ежедневного или почти ежедневного употребления вина устанавливается только у девушек (около 2% опрошенных девушек). Естественно, что и частота синдрома воздержания от алкоголя выше у юношей. Однако только у них наблюдается и крайне редкая частота синдрома (несколько более 1% юношей с частотой периодов воздержания реже 1 раза в год).

Социально-классовая принадлежность, устанавливавшаяся в популяционном исследовании на основе показателей образования, дохода и социально-групповой самоидентификации, также выступает как определяющий фактор подростковой алкоголизации.

Образовательный уровень в подростковой среде обусловлен, конечно, и возрастным ее составом. Показателем же классовой принадлежности выступает, скорее, вид учебного заведения, где обучается или обучался подросток. Возраст первой пробы алкоголя оказался минимальным у студентов ВУЗов. Далее следуют подростки, обучавшиеся в специальном учебном заведении для инвалидов либо в профессионально-техническом училище. Наиболее поздно пробуют алкоголь подростки,

окончившие общеобразовательную школу или техникум. У подростков, обучающихся или окончивших среднюю школу, отмечается и наибольшая, и минимальная частота употребления пива. За этой по частоте употребления пива следуют окончившие техникум или профессионально-техническое училище. Сравнительно менее частое употребление пива устанавливается у студентов вузов.

Разовая доза вина наименьшая у учащихся средних школ и специальных учебных заведений для инвалидов, а также у студентов вузов; средняя – у выпускников профессионально-технических училищ; максимальная – у выпускников средних школ. Соответственно, частота синдрома воздержания от алкоголя и наиболее, и наименее высока у учащихся и выпускников средних школ, средние ее значения устанавливаются у выпускников профессионально-технических училищ и, несколько реже, у студентов вузов.

Утрата ситуационного и количественного контроля наиболее часто наблюдается у выпускников специальных учебных заведений для инвалидов и профессионально-технических училищ, наиболее редко – у учащихся школ. На закономерность употребления алкоголя влияние вида учебного заведения обнаруживается только для девушек.

Школьницы и учащиеся специальных учебных заведений для инвалидов чаще прочих употребляют небольшое количество вина по праздникам, выпускницы техникумов – легкие и крепкие напитки по праздникам и выходным дням, школ – демонстрируют повседневное употребление. Для выпускниц профессионально-технических училищ характерно употребление в зависимости от эмоционального состояния и ситуации, а для студенток вузов – повседневное употребление с превышением нормы по выходным и праздничным дням, дням денежных выплат.

Из приведенных данных видно, что воздействие вида учебного заведения на подростковую алкоголизацию достаточно сложно. Уже в период школьного обучения возникает разделение учащихся по признаку алкоголизации на мало – и массивно алкоголизирующихся. Продолжение образования, направленное на получение профессии, способствует ограничению алкоголизации, однако профессионально-техническое образование, а также высшее образование (у девушек) способствуют формированию тяжелой алкоголизации.

Конечно, здесь нельзя исключить, что тяжело алкоголизирующиеся подростки – выпускники общеобразовательных школ оказываются неспособными преодолеть экзаменационные барьеры для продолжения образования. Возможно также, что это ограничение социального про-

движения не действует на данном этапе жизненного пути в отношении девушек.

Существенным фактором, формирующим подростковую алкоголизацию, оказалось социально-групповое самоопределение подростков. Наиболее ранняя проба алкоголя отмечается как у подростков, соотносящих себя с высокостатусными социальными группами руководителей и предпринимателей, так и у подростков, соотносящих себя с низкостатусной социальной группой неквалифицированных рабочих. Наиболее поздняя проба алкоголя свойственна подросткам-инвалидам, определяющих себя как пенсионеров.

В этой группе устанавливается, между тем, наибольшая частота употребления всех видов алкогольных напитков, с моделью употребления у юношей – повседневного с чрезмерным употреблением в выходные и праздничные дни, а у девушек – употребления небольшого количества вина по праздникам. Соотносящие же себя с руководителями и предпринимателями подростки демонстрируют скорее редкое употребление различных спиртных напитков, причем юношам присуще употребление как легких, так и крепких напитков по праздничным и выходным дням, а девушкам – только небольшого количества вина по праздникам. Напротив, подростки, соотносящие себя с неквалифицированными рабочими, заметно чаще прочих употребляют пиво, вино, хотя и в сравнительно небольших дозах, а также крепкие алкогольные напитки. Для таких подростков-юношей характерно почти ежедневное употребление алкоголя.

Рассмотрим другие категории социально-группового самоопределения подростков по признакам, выделяющим их среди других социальных групп. Квалифицированные рабочие достаточно рано в своей жизни пробуют алкоголь, но девушки из их числа сравнительно чаще представителей других групп демонстрируют употребление различных алкогольных напитков лишь по праздничным и выходным дням. Служащие без специального образования сравнительно редко употребляют пиво, но чаще – вино. При этом частота употребления крепких напитков у них не велика. Свою алкоголизацию относящиеся к этой группе юноши также чаще ограничивают праздничными и выходными днями. У служащих же со средним специальным образованием выше частота употребления пива, но реже частота употребления вина, причем в сравнительно небольших дозах, при такой же модели употребления алкоголя, как и у служащих без специального образования.

Подростки, считающие себя безработными, также реже употребляют вино, но несколько чаще – крепкие спиртные напитки. Для безработ-

ных юношей особенно характерно употребление алкоголя в зависимости от своего эмоционального состояния и ситуации, тогда как для безработных девушек – употребление лишь небольшого количества вина по праздникам. Девушки, считающие себя домохозяйками, демонстрируют среднее по частоте употребление пива и вина, причем последнего – в средних же дозах, а также и среднее по частоте употребление крепких спиртных напитков, в основном по праздникам.

Для учащихся подростков характерно скорее редкое употребление пива и крепких спиртных напитков, однако именно среди учащихся девушек отмечается модель повседневной алкоголизации с чрезмерным употреблением алкоголя в праздничные и выходные дни, дни денежных выплат. Здесь обращает на себя внимание соответствие приведенных данных рассмотренной выше зависимости алкоголизации от образовательного статуса подростка.

Личностной характеристикой, опосредующей влияние социально-группового самоопределения на подростковую алкоголизацию, выступает “циничная враждебность”. Действительно, уровень “циничной враждебности” минимален в группах квалифицированных рабочих, предпринимателей и руководителей, достигает средних значений в группах служащих со средним специальным образованием, безработных и домохозяек, и высок в группе неквалифицированных рабочих. Таким образом, устанавливается полный параллелизм социально-группового самоопределения и “циничной враждебности”. Трудно предположить, что “циничная враждебность” препятствует каким-либо образом социальному продвижению в современном российском обществе. Поэтому в контексте данного исследования представляется обоснованным ее рассмотрение как личностной реакции на осознание своего места в социуме.

Этническое самоопределение отражает связь подростка с определенной культуральной общностью и вытекающую отсюда модель употребления алкоголя на основе культуральных норм. Действительно, этническая принадлежность, согласно данным популяционного исследования, влияет у подростков только на характеристики употребления алкоголя. Какого-либо воздействия этнической принадлежности на формирование ранних симптомов алкоголизма у подростков, т. е. на злокачественность его течения, в исследовании установить не удалось. Это свидетельствует о преимущественном влиянии именно культуральных норм, по сравнению с генетической предрасположенностью, на подростковую алкоголизацию в популяции.

Для русских подростков характерно сравнительно раннее приобщение к алкоголю и наиболее редкое употребление крепких спиртных напитков. Юношам, считающим себя русскими, в наибольшей мере приуще употребление алкоголя в соответствии со своим эмоциональным состоянием и ситуацией. Такую же модель алкоголизации чаще прочих демонстрируют и русские девушки, однако среди них чаще, чем среди девушек других этнических корней, присутствует закономерность тяжелой алкоголизации по выходным и праздничным дням, а также повседневной алкоголизации с чрезмерным употреблением алкоголя в дни денежных выплат.

Для подростков – представителей других славянских народов – характерны наиболее поздний возраст первой пробы алкоголя и наиболее редкое употребление пива. Наиболее распространенной среди них моделью употребления алкоголя, как у юношей, так и у девушек, – небольшое количество вина по праздникам.

У подростков финно-угорских этнических корней отмечается наиболее ранний возраст первой пробы алкоголя, относительно редкое употребление пива, но очень частое употребление вина и крепких спиртных напитков. Для юношей этой этнической группы наиболее характерно чрезмерное употребление алкоголя в выходные и праздничные дни, а для девушек – повседневное употребление различных алкогольных напитков в небольших дозах.

Подростки – представители тюркских народов – отличаются от подростков других этнических групп относительно редким употреблением вина при наиболее частом употреблении крепких спиртных напитков. Юноши тюркских этнических корней чаще прочих употребляют алкогольные напитки повседневно, с чрезмерным употреблением в праздничные и выходные дни, либо только с подобными превышениями норм употребления. Для девушек названной этнической группы характерна лишь последняя из названных моделей употребления.

У подростков-представителей кавказских народов констатируется сравнительно поздний возраст первой пробы алкоголя, но наиболее частое последующее употребление пива и вина при очень редком употреблении крепких спиртных напитков. Для юношей кавказских этнических корней характерно либо употребление крепких напитков только по праздникам, либо повседневное употребление небольших доз алкоголя.

Для подростков, имеющих западноевропейские этнические корни, характерны средние значения возраста первой пробы алкоголя, сравни-

тельно высокая частота употребления пива при очень редком употреблении вина, средней и малой частоте употребления крепких спиртных напитков. У юношей-подростков этой этнической группы чаще прочих отмечается повседневное употребление алкоголя с превышением норм употребления в выходные и праздничные дни, а у девушек – употребление небольшого количества вина по праздникам.

Резюмируя, можно сказать, что для подростков, идентифицирующих себя с русской этнической группой, алкоголизация является, в основном, реакцией преодоления психоэмоционального стресса, причем заучиваемой в достаточно раннем возрасте.

Из представителей других этнических групп наиболее тяжелые модели алкоголизации демонстрируют юноши этнических групп: финно-угорской и тюркской. Наиболее легкие модели алкоголизации демонстрируют подростки-представители других, кроме русских, славянских народов и западноевропейских народов. Подростки-юноши кавказских этнических корней занимают по тяжести алкоголизации промежуточное положение.

Для большинства изучавшихся в популяционном исследовании этнических групп личностно-психологическим фактором, опосредующим влияние этнического самоопределения подростков на алкоголизацию, является “чувство когерентности”. Наиболее высокий уровень этой характеристики отмечается у русских, относительно высокий – у представителей тюркских и западноевропейских народов, средний – у представителей кавказских народов, низкий – у представителей финно-угорской группы и наиболее низкий – у представителей других, кроме русских, славянских народов.

Высокий уровень “инкогерентности” вызывается т. н. “культуральным стрессом”, в свою очередь, обусловленным “культуральной дистанцией” между основной этнической частью общности и соответствующей группой мигрантов. Для четырех из шести изучавшихся этнических групп названная закономерность получила подтверждение в исследовании.

Представители же тюркских народов демонстрируют высокий уровень алкоголизации при высоком уровне “чувства когерентности”, а представители других, кроме русских, славянских народов, – низкий уровень алкоголизации при низком “чувстве когерентности”, т. е. не подтверждают описанную закономерность.

Причиной отмеченного отклонения может, как представляется, быть фактор культурального объединения. Большинство представителей тюркской этнической группы являются многопоколенными потомст-

венными жителями города, тогда как лица, продолжающие соотносить себя с другими, кроме русских, славянскими народами, являются по-видимому, по большей части недавними мигрантами.

Социальные исходы подростковой алкоголизации заключаются, прежде всего, в прогулах по месту работы или учебы. Далее следуют конфликты в родительской семье и финансовые затруднения. Крайне редко отмечается обращение за профессиональной помощью в лечебно-профилактические учреждения, увольнение с работы или полное оставление учебы. Отсутствует обращение за помощью в органы социального обеспечения.

Само по себе семейное окружение выступает защитным фактором в отношении финансовых затруднений и воспринимаемых проблем со здоровьем, по-видимому, вследствие внутрисемейной материальной, эмоциональной социальной поддержки. Однако в отношении конфликтов по месту работы или учебы влияние семьи основополагающее. Возможно, такое влияние формируется вследствие групповых семейных санкций, применяемых к алкоголизирующемуся подростку, который в ответ вырабатывает конфликтную антисоциальную модель поведения, проецируемую и на вне-семейную сферу жизнедеятельности. Конечно, нельзя исключать, что такая модель, ассоциированная с алкоголизацией, задана генетически или формируется на почве остаточного-органического поражения головного мозга. Некоторую дополнительную информацию здесь дает рассмотрение воздействия на подростковую алкоголизацию семейной структуры. Родительское влияние имеет тенденцию снижать конфликтность поведения алкоголизирующегося подростка как в семье, так и по месту работы или учебы, благоприятно влияет на воспринимаемое физическое здоровье и делает подростка более чувствительным к предупреждениям представителей группы сверстников об опасности злоупотребления алкоголем. Напротив, влияние sibсов выражается в повышении уровня внесемейных конфликтов и актуализации воспринимаемых проблем физического здоровья, хотя и повышает чувствительность к воздействию группы сверстников, подобно родительскому влиянию.

Как и в отношении уровня алкоголизации, в отношении ее исходов у подростков существенное воздействие оказывает создание собственной семьи. Совместное проживание с родителями брачного партнера резко повышает внесемейную конфликтность поведения. Особенно широкий спектр воздействия на алкоголизирующегося подростка имеют sibсы брачного партнера. Совместное проживание с ними провоцирует

как внутри, так и внесемейные конфликты, увольнения с работы и оставление учебы, обострение воспринимаемых проблем телесного здоровья с обращением в лечебно-профилактические учреждения и предупреждениями врачей об опасности злоупотребления алкоголем. При такой структуре семьи также повышается чувствительность подростка к защитному влиянию на алкоголизацию группы сверстников. Приведенные данные свидетельствуют о преобладающем воздействии на исходы подростковой алкоголизации среди населения факторов внутрисемейного межличностного взаимодействия, по сравнению с генетическими и органическими факторами личностной деформации.

Следующая группа факторов исхода подростковой алкоголизации сопряжена с принадлежностью подростка к большим социальным группам. Половая идентификация влияет на исходы подростковой алкоголизации в полном соответствии с действием социальных норм, регулирующих половые модели алкоголизации. Подростки-юноши чаще подвергаются арестам (задержаниям) работникам милиции и чаще испытывают финансовые затруднения из-за алкоголизации, чем подростки-девушки.

Социально-классовая принадлежность также существенно влияет на исходы подростковой алкоголизации в популяции. Образовательный статус подростка влияет на исходы алкоголизации следующим образом. По показателям финансовых затруднений, пропусков работы и учебы, арестов (задержаний), внутри- и внесемейных конфликтов, предупреждений об опасности алкоголизации со стороны сверстников на первом месте находятся выпускники профессионально-технических училищ. Далее следуют подростки с общим средним и средним специальным образованием.

Единственное исключение наблюдается по показателю внутрисемейных конфликтов. Их уровень почти максимален в семьях алкоголизирующихся подростков-студентов. По-видимому, в высокостатусных семьях подростковая алкоголизация, в отличие от низкостатусных семей, влечет за собой применение групповых санкций.

Финансовые затруднения наблюдаются только в низкодходных группах населения. При этом, как и следовало ожидать, чем ниже душевой доход, тем чаще фиксируются финансовые затруднения из-за алкоголизации. Примечательно, что исключением здесь является группа с минимальным доходом, где таких затруднений не наблюдается вообще.

Среди отдельных социально-профессиональных групп финансовые затруднения присущи, прежде всего, служащим со средним специаль-

ным образованием, квалифицированным рабочим, а также безработным и пенсионерам по инвалидности, т. е. группам с низкими уровнями дохода. Конфликты из-за алкоголизации по месту работы или учебы также чаще наблюдаются у рабочих, причем и у неквалифицированных, кроме того, у инвалидов. Негативные социальные исходы алкоголизации отмечаются прежде всего у подростков низшего социального класса и лишь в небольшой степени затрагивают подростков высшего класса.

В целом, социально-структурный анализ обнаруживает несомненный параллелизм тяжести алкоголизации и ее социальных исходов, что обусловлено прямым повреждающим влиянием алкоголя на личность подростка. В то же время устанавливается и независимое влияние социально-структурных переменных на исходы подростковой алкоголизации. Это влияние проявляется в усугублении негативных эффектов алкоголизации в наиболее “незащищенных” подгруппах подростков (воспитывающихся вне семьи, имеющих братьев и сестер, создавших собственную семью, низкостатусных, юношей) и напротив наблюдается их нейтрализация в “защищенных” подгруппах (проживающих с родителями, единственных детей, высокостатусных, девушек).

Основные модели профилактики алкоголизации

Злоупотребление алкоголем, особенно в подростковом возрасте, может рассматриваться как зависимое (или аддиктивное) поведение, поскольку наряду, например, с курением, перееданием и пристрастием к азартным играм становится доминантой поведения. Понятие доминанты поведения основано на теории А. А. Ухтомского, согласно которой психоактивные вещества способны создавать сильный очаг возбуждения в мозге, который остается активным долгое время, подавляет активность остальных центров мозга и требует подкрепления. Представление о доминанте позволило обосновать феномен психологической зависимости от психоактивных веществ и, в частности, алкоголя (Шабалина, 2004, С. 25–26).

Злоупотребление алкоголем из-за своих вредных последствий для здоровья, может также рассматриваться как форма самодеструктивного (саморазрушающего) поведения, как, например, суицидальные действия. Однако следует отметить, что ни один из этих подходов не является полностью удовлетворительным для социально-психологического исследования здоровья (обзор по Гурвич, 1999). Общая социально-психологическая теория аддикции, как показывает А. Lindesmith (1966), не может быть создана, исходя из имеющихся научных представлений, поскольку не удастся выделить формы поведения, ясно различающие аддиктов

и не-аддиктов. Определение физической зависимости с поведенческой точки зрения некорректно даже при длительном употреблении алкоголя, наркотиков или токсических веществ у многих часто не наблюдается сколько-нибудь заметного физического или психического повреждения. Зачастую нет и никаких нарушений при длительной недобровольной абстиненции.

Профилактика алкоголизации базируется на трех главных теоретических моделях: а) социокультуральной; б) распределения употребления в популяции и в) общественного здоровья Nathan (1985).

Социокультуральная модель обосновывается тем, что во всех обществах, где известен алкоголь, его употребление регулируется детально разработанным набором культуральных норм. Пьянство определяется и ограничивается в первую очередь фундаментальными культурально детерминированными мотивами, сопряженными с сохранением существующего социального порядка. Отсюда меры профилактики направлены на изменение превалирующих социальных аттитюдов и норм, регулирующих употребление алкоголя.

Модель распределения употребления исходит из зависимости между уровнем потребляемого на одного человека алкоголя и количеством тяжело пьющих. Основанная на данной модели превентивная стратегия направлена на снижение уровня душевого потребления алкоголя, что должно снижать уровень тяжелого пьянства и алкоголизма DeLint (1976).

Модель общественного здоровья заимствована из эпидемиологии инфекционных заболеваний, и включает три основных “звена”: “хозяина”, повреждающего “агента” и окружения. С “хозяином” связаны, главным образом, конституциональные факторы влияния алкоголя (пол, возраст, генетический набор и личностные особенности). Окружение рассматривается очень широко, и включает в себя климатические, санитарные, производственные, социально-классовые и социетальные факторы Gust (1979).

Соответствующая превентивная стратегия адресуется к индивидам с повышенным риском заболевания алкоголизмом, изменению набора и снижению крепости напитков на рынке и изменению контекста употребления алкоголя. Профилактика, направленная на “хозяина”, включает в себя меры, дифференцированные по стадиям жизненного цикла индивида, и по некоторым социально-статусным признакам, например, для групп меньшинств или мигрантов. Профилактика, направленная на “агента”, содержит, кроме названных, меры по повышению возраста начала легального употребления и стоимости алкогольных напитков, то есть ограничивающие доступность алкоголя. Профилактика в окру-

жении подразделяется на образовательные меры, кампании в средствах массовой информации и меры, реализуемые на рабочем месте.

Модель общественного здоровья признается сегодня наиболее эффективной, поскольку позволяет учесть как множественную детерминированность алкоголизации, так и множественность ее социальных проявлений. Вместе с тем, по-видимому, не исчерпаны возможности мер, основанных на моделях распределения и социокультуральной. Их интеграция позволяет выработать некоторые новые подходы к социальному контролю алкоголизации.

1.3.4. Наркопотребление

Распространенность употребления наркотиков среди подростков

В ходе упомянутого выше исследования среди подростков возраста 15–16 лет, которое было проведено в 2010 году в областных центрах Северо-западного федерального округа, изучался опыт использования психоактивных и наркотических веществ (Цветкова и др., 2011). Его результаты соотносимы с результатами исследований, проведенными в Москве по аналогичной методике и, по всей видимости, отражают общие тенденции наркопотребления, характерные для российских подростков этого возраста.

Каждый четвертый подросток (24,9%) в возрасте 15–16 лет хотя бы раз в жизни употреблял те или иные виды наркотиков, причем мальчики экспериментируют с наркотиками значительно чаще девочек (30,8% и 19,9% соответственно). Наиболее распространенным наркотиком среди подростков являются препараты, изготавливаемые из конопли (марихуана или гашиш, в стандартной анкете были также приведены разговорные названия веществ этой группы: «травка», план, анаша). Хотя бы один раз в жизни препараты конопли попробовали 23,2% опрошенных. Для 4,8% респондентов это не единичные пробы, – они использовали препараты конопли 10 и более раз.

По частоте проб в течение жизни после препаратов конопли следуют ЛСД (5,5%) и галлюциногенные грибы (4,3%). Обращает на себя внимание сравнительно низкая распространенность популярных «дискоотечных» стимуляторов – амфетаминов (4,3%) и «экстази» (3,7%) на территории СЗФО.

Среди ненаркотических веществ наиболее популярными в данной социальной группе оказались алкоголь в сочетании с таблетками (6,4%) и ингалянты (5,9%). Опыт употребления героина, а также инъекционного употребления наркотиков выявлены лишь у отдельных подростков и не превышают 0,5% во всем массиве данных, что сопоставимо с величиной статистической погрешности.

При анализе гендерных особенностей распространенности проб наркотиков в течение жизни обращает на себя внимание, что среди мальчиков экспериментаторов значительно больше, чем среди девочек по ряду ПАВ. Мальчики по сравнению с девочками на высоком статистически значимом уровне чаще экспериментировали в течение жизни с такими ПАВ, как препараты конопли, ЛСД, галлюциногенные грибы, крэк, анаболические стероиды; несколько менее выраженные гендерные различия наблюдались в употреблении экстази, амфетаминов и оксibuтирата натрия.

Тем не менее, в исследовании были выявлены препараты, с которыми девочки экспериментировали в течение жизни в значительно большей степени, чем мальчики – это транквилизаторы и седативные таблетки, принимаемые вместе с алкоголем. На опыт употребления алкоголя с седативными таблетками указали 7,8% девочек и 4,9% мальчиков, а транквилизаторов – 4,8% девочек и 2,8% мальчиков. Известно, что употребление седативных препаратов и алкогольных напитков иногда может осуществляться с целью достижения более интенсивного опьянения.

Гендерных различий в употреблении ингалянтов, кокаина, героина и инъекционного употребления наркотиков в исследовании выявлено не было. Однако обращает на себя внимание сравнительно высокий уровень употребления ингалянтов – 6,4% мальчики, 5,6% девочки. Как правило, органические летучие соединения представляют значительную опасность для здоровья по сравнению с остальными веществами. Повышение уровня их употребления может указывать на появление негативных тенденций, связанных не только с потреблением наркотиков.

Доля актуальных потребителей препаратов конопли, т. е. подростков, употреблявших данные препараты в течение 30 дней, предшествующих опросу, составила 6,6% от всей выборки, причем 1,3% подростков употребляли их с высокой частотой (6 и более раз в месяц). Экстази за последний месяц принимали 0,7% учащихся, а вдыхали ингалянты – 0,8%. Гендерные различия были обнаружены только в отношении употребления препаратов конопли за последние 30 дней: доля мальчиков в два раза превысила долю девочек (9,2% и 4,3% соответственно, $p \leq 0,001$).

Л. А. Цветкова (2011) отмечает, что в последние годы выявляются тенденции «нормализации» наркопотребления в современном обществе.

Возраст первых проб различных психоактивных веществ в ходе данного исследования оценивался по наиболее распространенным из них среди молодежи изучаемого возраста: препараты конопли, «экстази», амфетамины, а также ингалянты и прием транквилизаторов или седативных препаратов без назначения врача.

Средний возраст первых проб ингалянтов среди подростков составил 13,5 лет, транквилизаторов – 14,5 лет, а препаратов конопли, экстази и амфетаминов – 15 лет. Гендерные различия в возрасте первой пробы ПАВ были обнаружены только для препаратов конопли и транквилизаторов. Так, мальчики впервые пробуют марихуану или гашиш в среднем в 15 лет как и девочки, но несколько раньше их. И если возраст первых проб транквилизаторов у мальчиков приходится на 14 лет, то у девочек скорее на 14,5 лет в среднем. Гендерных особенностей в отношении возраста первой пробы подростками таких ПАВ, как ингалянты, экстази и амфетамины, в исследовании выявлено не было.

Проблемы, связанные с употреблением наркотиков изучались на основании вопросов о подобном опыте на последние 12 месяцев. Наиболее частые проблемы, вызываемые приемом ПАВ, связаны плохой успеваемостью в школе (1,6%), проблемами с друзьями и половой связью без презерватива (по 1,4%). Возникновение проблем с друзьями свидетельствует о том, что группа сверстников является важным механизмом контроля поведения и не допускает явных проявлений отклоняющегося поведения, такого как наркотизация. Кроме того, подростки, употребляющие наркотики, склонны прибегать к рискованным практикам сексуального поведения, подвергая себя дополнительному риску в сфере здоровья, причем среди мальчиков подобное поведение встречается в два раза чаще, чем у девочек (1,9% и 1,0% соответственно).

К распространенным проблемам относятся также проблемы в отношениях с родителями (1,3%) и драки (1,3%). И если к дракам на фоне употребления наркотиков склонны в большей степени мальчики, то серьезные проблемы с родителями возникают у мальчиков и девочек в равной степени. Сравнительно редкими исходами наркотизации являются проблемы с милицией (0,9%), травмы и несчастные случаи (0,9%), половая связь, о которой приходится сожалеть на следующий день (0,8%), госпитализация (0,2%) и ущерб от криминальных действий (0,2%).

В исследовании изучалась информация наличия у подростков друзей, имеющих опыт употребления ПАВ. Около половины опрошенных учащихся имеют друзей, которые употребляют препараты конопли, и таких друзей значимо больше у мальчиков по сравнению с девочками (51,1% и 45,6% соответственно). У каждого шестого подростка имеются друзья, употребляющие экстази и транквилизаторы (16,8% и 14,8% соответственно), таких друзей оказалось больше у девочек по сравнению с мальчиками. Друзья, употребляющие ингалянты, есть у 9% подростков 15–16 лет, гендерных различий по данному виду ПАВ выявлено не было.

Таким образом, если подростки сами и не употребляют наркотики и ненаркотические психоактивные вещества, то они все равно имеют высокую социальную близость с наркопотребителями.

Понятие наркомании и модели ее формирования

Наркомания относится к кругу психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением опьяняющих (психоактивных) веществ. *Наркотиками* называются опьяняющие вещества, которые, в связи с их опасностью, легально могут использоваться только в особых медицинских или научных целях. В любом ином случае, какие бы то ни было действия с наркотическими веществами классифицируются законом как нелегальный оборот. Их список определен федеральным законом № 3 от 8 января 1998 года «О наркотических средствах и психотропных веществах».

Основными медицинскими последствиями наркомании являются:

- а) синдром зависимости (абстинентный синдром), который проявляется в непреодолимом влечении к регулярному употреблению наркотика;
- б) синдром последствий хронической наркотизации – физиологические нарушения;
- в) накопление в организме посторонних токсических веществ, как правило, примесей, содержащихся в наркотиках;
- г) инфекционные заболевания, передающиеся через кровь, характерные для потребителей инъекционных наркотиков (ВИЧ/СПИД, гепатиты В и С).

Медицинские последствия наркомании влекут за собой нарушения в личностной и социальной сферах: меняются ценности и жизненные интересы, сужается круг общения, утрачивается трудоспособность и т. д.

Употребление наркотиков с точки зрения социологии представляет собой один из видов нежелательных общественных явлений – социальных девиаций. Относительно распространенное в обществе и устойчивое по времени употребление наркотиков называется специальным социологическим термином – *наркотизмом*. В социологии насчитываются десятки теорий, рассматривающие специфические причины возникновения и поддержания наркотизма. Их можно условно подразделить на личностные, межличностные и теории, рассматривающие взаимоотношения человека и общества (обзор по Lettieri и др., 1980).

Личностные теории рассматривают существование нарушений или особенностей личности, причинно связанных с потреблением наркотиков. Согласно теории личностной неполноценности (Personality-Deficiencytheory) Ausubel (1958), приобщение к наркотикам происходит

у лиц, прежде всего подростков, с незрелой мотивационной сферой, неспособных противостоять социальному окружению, провоцирующему потребление наркотиков.

Теория когнитивно-аффективно-фармакологического контроля (the cognitive-affective-pharmacogenic (CAP) control theory) в качестве промежуточных переменных потребления наркотиков рассматривает взаимодействие: а) индивидуальных особенностей, б) переживаний прежнего опыта потребления психоактивных веществ и в) фармакологического эффекта. Эти переменные одновременно являются уровнями защиты от воздействия стресса: – если человек не справляется со стрессом самостоятельно, он начинает использовать для его преодоления чувство фармакологической эйфории Gold, Coghlan (1976).

Общая теория зависимости (General Addiction Theory) утверждает, что для определенных типов личности основным «фактором риска» приобщения к наркотикам является само существование запретительной политики в отношении наркотиков и их нелегального рынка Lindesmith (1965). Теория «вредных привычек» (The Bad-Habit Theory) определяет зависимость от наркотиков как особый тип поведения, вырабатывающийся под влиянием определенных генетических и психосоциальных факторов, из-за действия которых человек вырабатывает определенные формы поведения, провоцирующие потребление психоактивных веществ. Первоначально данная теория разрабатывалась для алкоголизма, но впоследствии была применена авторами к наркотизму (Goodwin, 1979).

Интерактивная модель немедицинского потребления наркотиков (Interactive Model Nonmedical Drug Use) представляет собой сочетание трех моделей приобщения к наркотикам: – модели толерантности к наркотикам (nonsocialized drug users model), модели наркотической социализации (prodrug socialization model) и иатрогенной модели (iatrogenic model). Первая из них описывает лиц, не усвоивших в ходе социализации механизмов резистентности и установок против употребления наркотиков. Вторая определяет ситуацию, когда потребление наркотиков санкционировано общностью и является частью культуры, религии или ритуалов. Третья модель демонстрирует механизм перехода от медицинского к немедицинскому потреблению наркотиков Gorsuch (1976).

Теория фармакологического эффекта (Perceived Effect Substance Use Theory) для описания наркозависимого поведения рассматривает взаимовлияние таких личностных особенностей как представления о последствиях потребления наркотиков, индивидуальную реакцию на наркотик, характеристики ранней социализации и влияние группы сверстников,

индивидуальные причины продолжения и прекращения приема наркотиков (Smith, Fogg, 1978).

Множество теорий наркотизма разработано в русле психодинамической традиции. Все они основаны на индивидуальной психологии Адлера, которая постулирует, что все человеческое поведение опосредовано попытками индивида защитить свой «образ-Я», а самооценка является главным механизмом, лежащим в основе зависимости от психоактивных веществ. Человек с невысоким самоуважением будет реагировать на стресс более негативно, чем человек с высоким самоуважением. Чтобы совладать с завышенной целью и низким самоуважением, индивид может обратиться к наркотикам. Выбор того или иного наркотического средства зависит от характера личностных нарушений. К этой группе теорий следует отнести теорию самооценки (Self-EsteemTheory) Steffenhagen (1974), теорию эго-зависимости (Ego/SelfTheory) Khantzian&Treece (1977), копинг-теорию (Copingtheory) Milkman&Frosch (1977), теорию смысла жизни (ALife-ThemeTheoryofChronicDrugAbuse) Spotts&Shontz (1980), теорию, рассматривающую наркотики как защитную систему (DrugUseasaProtectiveSystem) Krystal&Raskin (1970) и теорию самооценки (Self-EsteemandSelf-DerogationTheory) Kaplan (1975).

Теории межличностного общения в качестве факторов, влияющих на потребление наркотиков, рассматривают отношения личности и ее ближайшего социального окружения. Модель семейных проблем (IncompleteMourningandAddict/FamilyTransactionsATheory for Understanding Heroin Abuse) рассматривает стадии развития семьи или кризисы, в ходе которых возникают различные стресс-факторы как внутреннего, так и внешнего происхождения, влияющие на потребление наркотиков Stanton (1979).

Структурная модель (FrameworkforanInteractiveTheoryofDrugUse) рассматривает потребление наркотиков в контексте взаимодействия ряда факторов на биологическом, внутриличностном, межличностном и социокультурном уровнях Wingardet (1979). Теория стадий (DevelopmentalStagesinAdolescentDrugInvolvement) описывает стадии последовательного перехода от потребления легких спиртных напитков к запрещенным наркотикам. Каждой стадии и каждому психоактивному веществу присваивается «вес» вклада в формирование приобщения к тяжелым наркотикам Kandel (1975).

Теория зависимости от удовольствия (Addiction-to-pleasuretheory) рассматривает четыре пути приобщения людей к наркотикам: а) терапевтический, когда наркомания поражает некоторых людей в результате, например, неправильного назначения психоактивных препаратов

врачом: б) профессиональный, где риск потребления связан с определенными профессиональными группами – медиками, химиками, военными и др.; в) эпидемический характер распространения от человека к человеку, наподобие инфекционного процесса в условиях высокого ригоризма по отношению к наркотикам в обществе и с) когда психоактивное вещество считается социально приемлемым, и практически любому человеку в течение жизни приходится его употреблять хотя бы раз – просто под давлением культурной традиции Bejerot (1975).

Теория социально-психологических связей рассматривает структуру проблемного поведения подростков в контексте особенностей социализации, влияния семьи и акцентуации личности Jessor (1977). Согласно теории наркотической субкультуры потребление наркотиков зависит от: а) предыдущего опыта потребления алкоголя, б) социальных факторов – успешности в личной жизни, связей с семьей, политических и религиозных убеждений и пр. и в) наличием референтной группы, где принято или не принято потребление наркотиков (Johnson, 1973).

Теория циклов (Cyclical Process Theory) рассматривает последовательные стадии формирования зависимости: биологическую, психологическую и социальную. Согласно этой модели, в основании зависимости лежит биологическое желание фармакологического эффекта или потребность в изменении состояния с помощью психоактивного вещества. Результатом сформированной зависимости является изменения социального поведения личности, а затем – изменение паттернов поведения групп людей в общности, например, формирование терпимости к наркотикам и регламентированного наркопотребления Dijk (1971).

Теории, рассматривающие наркотизм в контексте отношений личности и общества, делают акцент на социальных предикторах потребления наркотиков. Г. Беккер в качестве таких предикторов рассматривал социальные установки и знания о наркотиках, распространенные в обществе, способах их приема, последствиях употребления и другие компоненты «социального знания», влияющие на решение о приеме наркотиков Becker (1974). В контексте теории социального научения потребление наркотиков рассматривается как результат соотношения «конструктивных» и «деструктивных» поведенческих проявлений, выступающих факторами приобщения к наркотикам (Frederick, 1973). Психодинамические подходы рассматривают приобщение к наркотикам с точки зрения успешности преодоления жизненных кризисов, связанных с социализацией. Это, прежде всего, кризис «выхода из семьи», «кризис обучения» и «кризис профессиональной адаптации».

Теория социальных достижений (Achievement, Anxiety, and Addiction theory) рассматривает потребление наркотиков как результат тревоги, сопровождающей попытки достижения стандартов социального успеха Misra (1976). Ролевая теория (theory of Drug Dependence Based on Role, Access to and Attitudes) включает в себя три составляющих: а) доступность психоактивных веществ, б) свободу от общественного запрета их использования и в) соблюдение роли «законопослушного» человека Winick (1974).

Таким образом, в социальных науках существует множество моделей, объясняющих возникновение и существование наркотизма, через действие различных психофизиологических, социально-психологических и собственно социальных факторов. Однако все эти модели являются скорее описательными, чем объяснительными. Трудно судить о специфичности выделенных в перечисленных моделях факторов, поскольку практически все они в том или ином сочетании упоминаются в теоретических моделях, описывающих другие формы девиантного поведения.

1.3.5. Социальный контроль и профилактика подростковой девиантности

Поведенческие расстройства подростков с точки зрения общественного здоровья

XX век, особенно вторая его половина, в большинстве развитых стран мира был отмечен резким ростом уровня различных негативных явлений, имеющих социальную природу, а также изменениями структуры и тяжести (паттернов) заболеваний и причин смертности населения. В связи с этим за последние полвека интенсивно развивались взгляды на этиологию, течение, исходы и профилактику многих заболеваний, в том числе поведенческих и умственных нарушений подростков.

Традиционная биомедицинская модель болезни, включающая в себя в качестве одной из основных составляющих эпидемиологию инфекционных заболеваний, рассматривает: а) носителя инфекции (хозяина), б) саму инфекцию (инфекционного агента) и в) окружение – весь спектр средовых факторов, определяющих исход взаимодействия хозяина и инфекционного агента. Необходимо подчеркнуть следующие важные особенности этой модели. Во-первых, причиной болезни является специфический возбудитель – материальный субстрат, поддающийся объективной идентификации. Во-вторых, под носителями инфекции подразумеваются конкретные индивиды. В-третьих, в качестве средовых факторов в первую очередь рассматриваются биологические, а не поведенческие факторы. Проще говоря, эта модель болезни строится на утверждении, что человек болеет, потому что заразился.

В основании классификации направлений профилактики острых инфекционных заболеваний лежат объективные критерии, указывающие на ее целевые группы. Первичная профилактика направлена на неинфицированных лиц, с целью предотвращения их заражения. Вторичная профилактика – на инфицированных, нуждающихся в лечении. Третичная профилактика направлена на лиц прошедших лечение и нуждающихся в реабилитации. Таким образом, традиционная для инфекционной эпидемиологии модель профилактики уделяет минимальное внимание фактору поведения человека как на этапе возникновения, так и на этапе лечения болезни.

Характер основных причин заболеваемости и смертности, который стал преобладать во второй половине XX века, привел к необходимости пересмотра и дополнения биомедицинской модели, что связано со следующими причинами. Во-первых, ряд наиболее распространенных заболеваний и причин смерти, например сердечно-сосудистая патология, возникает без участия какого-либо специфического возбудителя и развивается постепенно. Во-вторых, распространенность таких заболеваний (неинфекционных хронических) подчиняется в первую очередь поведенческим и социальным закономерностям. Т.е. группами риска являются не множество индивидов, связанных с очагом заражения, как в случае с инфекционными болезнями, а социальные группы, имеющие какие-то общие признаки в поведении и условиях жизни. Так, например, факт того, что педагоги чаще болеют сердечно-сосудистым заболеванием, по сравнению с представителями других профессий, подразумевает, что болезнь не передается от человека к человеку вместе с ее возбудителем, а является результатом хронического эмоционального напряжения, характерного для данной профессиональной группы. Проще говоря, модель хронического заболевания строится на утверждении, что человек болеет, потому что соответственно себя ведет.

В отношении хронических болезней модель профилактики, основанная на биомедицинском подходе, оказывается малоприменимой, поскольку эти болезни зачастую не имеют специфического возбудителя, по наличию или отсутствию которого человека можно было бы отнести к определенной целевой группе. Акцент профилактики хронических заболеваний, в отличие от инфекционных, делается не столько на самой болезни, сколько на «предболезненных» проявлениях, приводящих к ней. Поэтому начиная с 1980-х годов, ведущие международные организации, определяющие глобальную политику в отношении наркотиков, используют модель, разработанную специально для профилактики пси-

хических заболеваний и поведенческих расстройств, в том числе алкоголизации и наркомании (Дубровский, 2011).

Поведенческие расстройства подростков с точки зрения права – делинквентное поведение

Делинквентное или криминальное поведение и его причины традиционно являются предметом внимания психологов, социологов и криминологов во всем мире. Особенно сложным является определение причин криминального поведения у подростков, поскольку они испытывают на себе влияние большего количества повреждающих факторов, чем взрослые. Подростковый возраст – период интенсивного формирования сложных видов социального поведения: освоения новых социальных ролей и навыков, понимания ценностей и правил поведения взрослого мира; и все это на фоне протекающей тогда же адаптации к резким физиологическим изменениям. Ниже приведены основные теории подростковой криминальности, обсуждающиеся сегодня в литературе.

Влияние окружения. Окружение подростка можно разделить на три круга. В первый входят родители и родственники. Второй круг – это сверстники. И третий круг – это институты формальной и неформальной власти, среди которых основными являются государство и общественное мнение. Центральная идея этой теории состоит в том, что на формирование поведения, в том числе и криминального, влияют сочетания различных факторов, а не какой-то один из них. Как показывают исследования, чаще всего криминальное поведение у подростков формируется в результате сочетания неблагоприятной обстановки в семье и общения с неблагополучными сверстниками (Hoge, Andrews, Leschied, 1994).

Другие авторы при описании формирования криминального поведения опираются на понятие социальных связей. Подросток, вовлеченный в социальные группы, которые разделяют какие-то конструктивные долгосрочные цели и обязательства, имеет мало шансов на вовлечение в криминальное поведение, поскольку его социальные связи будут постоянно подкреплять его конструктивное поведение. В противном случае, если окружение не стимулирует подростка к достижению долгосрочных целей, а предлагает простые действия, типа просмотра телевизора или бесцельного использования интернета, вероятность формирования криминального поведения велика (Wong, 2005).

Теории криминального поведения подростков подчеркивают важность социализации – процесса, через который проходит каждый взрослеющий человек. Среда, в которой проходит социализация подростка, во многом определяет ее исход: удачно ли адаптируется подросток к тре-

бованиям «взрослого» общества или выберет «девиантную карьеру». Таким образом, проблема состоит не в том, чтобы оградить подростка от влияния групп сверстников, без такого влияния подросток не сможет успешно развивать свои социальные навыки, а в том, чтобы окружение подростка не было девиантным.

Однако подросток не всегда растет в позитивном окружении. Некоторые территории, особенно находящиеся вдали от крупных городов, не предоставляют подростку благоприятных условий для развития. Вместе с тем, некоторые авторы полагают, что тесные дружеские связи влияют на формирование личности подростка не менее сильно, чем широкое социальное окружение. И даже один «позитивный» друг может значительно смягчить влияние девиантного окружения. Хотя это правило действует и в противоположном направлении. Если в позитивном окружении подростка есть один близкий криминальный друг, то вероятность криминальной карьеры также значительно возрастает (Vitaro, Brendgen, Tremblay, 2002).

Влияние семьи. Теории, описывающие влияние семьи на формирование криминального поведения подростка, используют такие понятия как родительский контроль, дисциплина и надзор, с одной стороны, и привязанность, близость, понимание или отчуждение, с другой. Исследования влияния семьи на подростка рассматривают роль и значимость каждого из этих факторов.

Обобщение многочисленных исследовательских данных позволяет утверждать, что максимальным ресурсом, защищающим подростков от формирования криминального поведения или негативного влияния девиантного окружения сверстников, обладает традиционная семья с обоими родителями, достаточными эмоциональными связями и адекватным уровнем контроля. В таких семьях дети имеют возможность открыто общаться с родителями по поводу своих переживаний и могут рассчитывать на ответное внимание и интерес (Clark, Shields, 1997).

Наличие сестер и братьев обычно препятствует развитию тяжелых форм девиантного поведения, способствует развитию коммуникативных навыков и повышает шансы на устойчивый статус в группе сверстников. Достаточное время для общения, сбалансированные отношения и справедливое распределение обязанностей в семье составляют ее профилактический потенциал.

Напротив, семьи с ослабленными эмоциональными связями между родителями и детьми, с низким или наоборот, неоправданно высоким уровнем контроля в меньшей степени защищают подростка от внешних

негативных влияний. Очевидно, что родители-одиночки испытывают больше трудностей, чем обычные семьи. Обычно они не располагают достаточными экономическими ресурсами, не могут проводить много времени с детьми и обеспечивать должный уровень контроля их поведения.

В семьях с замещенными родителями (отчимом или мачехой) дети обычно испытывают проблемы с установлением эмоциональных связей и часто переживают обиду из-за случившегося развода или из-за ограниченного доступа к родителю, ушедшему из семьи. Дети из таких семей часто демонстрируют агрессивность и криминальное поведение.

Подростки, которые живут в традиционной расширенной семье с родителями, бабушками и дедушками, не редко находятся в ситуации неадекватно завышенного контроля. У таких подростков часто формируется негативное отношение к любым проявлениям социального контроля и как следствие повышается вероятность формирования тяжелых форм девиантного или криминального поведения (Matherne, Thomas, 2001).

Самооценка как фактор криминального поведения. Самооценка – одна из центральных категорий в социальной психологии, с помощью которой можно объяснить многие поведенческие феномены, в том числе и криминальное поведение. Основная гипотеза здесь состоит в том, что подростки совершают криминальные поступки, пытаясь получить или восстановить самоуважение. Поиск самоуважения и признание в глазах своего окружения – естественный мотив, особенно для подростков. Но этот мотив может находить асоциальные способы выражения, особенно если в окружении подростка есть девиантные сверстники. Часто подростки вовлекаются в криминальное поведение не потому, что оно им нравится, а потому что оно способно поднять их статус в девиантной группе и соответственно поднять самооценку (Mason, 2001.).

Реальность жизни в современном мире состоит в том, что дети и подростки часто оказываются подвержены насилию – физическому, психологическому, сексуальному или их сочетанию. Травмы, полученные в результате насилия, независимо от его характера, могут иметь длительное и глубокое влияние на жизнь подростка. Многочисленные исследования продемонстрировали четкую взаимосвязь между пережитым опытом виктимизации молодых людей и различными проблемами в их дальнейшей жизни, в том числе психических расстройств, наркомании, нарушение социальных отношений, самоубийства и преступности. Основной вывод исследований состоит в том, что криминальное поведение для части подростков является способом компенсировать недостаток самоуважения после перенесенного насилия того или иного вида (Siegfried, Ko, Kelley, 2004).

Насилие. Криминальное поведение в разных странах, в зависимости от особенностей законодательства, может определяться несколько по-разному. Список проявлений, попадающий под понятие криминального поведения, может варьироваться от курения ранее достижения определенного возраста до тяжелых насильственных преступлений. Именно насилие и агрессия, как наиболее социально опасные проявления, были объявлены Всемирной организацией здравоохранения ведущей мировой проблемой общественного здоровья. Насилие и проблемы, связанные с ним, являются основным предметом внимания исследователей, занимающихся оценкой и прогнозом криминального поведения подростков (Wiebush, Freitag, Baird, 2001).

Таким образом, в качестве причин криминального поведения подростков могут выступать влияние семьи, влияние сверстников, низкая самооценка, перенесенное насилие или жестокое обращение. Печальной реальностью является то, что многие из этих факторов часто действуют одновременно. Подросток, который живет в трудных условиях, также может иметь низкую самооценку и сталкиваться с многочисленными препятствиями в жизни в очень молодом возрасте. Исследователи сходятся в одном – в том, что криминальное поведение – сложный феномен, и нет какой-то одной причины, по которой одни подростки идут на совершение преступлений, в то время как другие в тех же условиях способны мобилизовать свои ресурсы и организовать свою жизнь позитивным образом.

Профилактика поведенческих расстройств подростков

Профилактику (превенцию) поведенческих расстройств в самом общем виде можно определить как управление социальными институтами, деятельность которых направлена на:

- обеспечение здоровой социализации подрастающих поколений,
- предупреждение негативных явлений в подростковой среде,
- преодоление последствий поведенческих нарушений у подростков.

Ниже представлены основные направления профилактики и контроля поведенческих и умственных расстройств и негативных явлений в подростковом поведении, каждое из которых включает в себя специфические методы, получившие сегодня распространение в мировой практике (Gordon, 1987).

Вся подростковая и молодежная субпопуляция как группа риска в широком смысле слова является объектом общей (universal) профилактики, направленной на противодействие макросоциальным факторам абнормального подросткового поведения.

Подростки, с незначительно выраженными расстройствами поведения, но без выраженной болезненной симптоматики, попадают в целевую группу выборочной (selective) профилактики, которая направлена на коррекцию поведения.

Подростки, демонстрирующие значимые поведенческие нарушения, например, злоупотребляющие наркотическими веществами, но не имеющие клинического статуса больных, рассматриваются как объекты симптоматической (indicated) профилактики, состоящей в долгосрочной социально-психологической работе.

Общая профилактика (universal) является наиболее массовой, она охватывает всю субпопуляцию подростков и молодежи и направлена на противодействие наиболее общим причинам абнормального поведения (макросоциальным факторам). К таким причинам относят в первую очередь резкие социально-исторические, политические или экономические изменения, которые, как известно, неизбежно влекут за собой рост уровня девиантного поведения в обществе. В рамках общей профилактики обычно реализуются следующие направления работы (Дубровский, 2011).

1) Информационно-пропагандистская работа, включающая в себя следующие направления.

а) Информирование общественности и представителей целевых групп профилактики о государственной стратегии, позиции властей, а также реализуемой профилактической деятельности в отношении здоровья подростков, наркомании, алкоголизма и других видов поведения «риска». Задачами данного направления являются:

- повышение доверия населения к инициативам властей,
- повышение доверия населения и представителей целевых групп профилактики к специалистам, участвующим в организации и реализации профилактической деятельности,
- рост спроса на профессиональные услуги в сфере профилактики абнормального поведения,
- привлечение представителей целевых групп профилактики к участию в профилактических программах.

б) формирование общественного мнения, направленное на изменение норм, связанных с поведением «риска», и пропаганду ценностей нормативного здорового поведения.

в) Информирование о поведении, наносящем ущерб здоровью и его последствиях.

г) Стимулирование подростков к обращению за психологической и иной профессиональной помощью. Необходимость данного направле-

ния обусловлена существованием общемедицинской проблемы низкой обращаемости представителей целевых групп профилактики за специализированной помощью. Известно, что и взрослые, и особенно подростки, зачастую безответственно относятся к своему здоровью, либо занимаясь самолечением, либо откладывая визит к специалистам. Особенно эта проблема актуальна в отношении т. н. социально неодобряемых проблем или заболеваний, когда обращение за помощью сопряжено у подростка с различного рода страхами. Цель этого направления состоит в информировании о существующих государственных и негосударственных программах для подростков, оказывающих медицинскую, психологическую, социальную помощь. Информирование о подобных программах снижает т. н. психологический барьер у подростков перед обращением за профессиональной помощью. Может реализовываться в виде публикаций в СМИ или специальных раздаточных материалов для подростков.

д) формирование позитивных ценностей через эмоциональную сферу подростков реализуется с помощью издания специальных полиграфических материалов, в ходе уличных акций, мероприятий по месту учебы, а также с помощью фильмов, короткометражных аудио- и видеороликов, театральных постановок, компьютерных игр и т. д.

Необходимо отметить, что информационно-пропагандистская работа является вспомогательным направлением профилактики болезненных состояний у подростков, сопровождающим другие ее направления, изложенные ниже.

2) Развитие адаптивных навыков, необходимых подросткам для социализации и преодоления жизненных проблем.

а) Воспитание лидеров (волонтерская работа). Подготовка лидеров подростковых групп основана на идее, что на поведение подростков, которые, как известно, противопоставляют себя «взрослому» обществу (доминантной культуре), лучше всего влияют сами подростки, причем те из них, которые обладают выраженными лидерскими качествами. Следовательно, профессиональная помощь этим лидерам в формировании позитивных ценностей, психологических качеств и необходимых навыков для будущей жизни будет неизбежно влиять на подростковую среду в целом. Лидеры молодежной среды могут выступать также источниками информации и влияния на сверстников в направлении противодействия распространенности девиантных проявлений. Организацией волонтерской работы обычно занимаются молодежные движения и общественные организации, в том числе и занимающиеся социальной профилактикой, с привлечением профессиональных психологов.

б) формирование жизненных навыков. В последние десятилетия понятие жизненных навыков стало широко использоваться для определения концептуального подхода к обеспечению психосоциального развития. Считается, что качество жизни подростков и молодежи определяется уровнем их компетентности в решении многочисленных вопросов и проблем, а также наличием таких важных навыков и умений, как способность принимать решения, брать на себя ответственность, формулировать цели, критически мыслить, прогнозировать последствия своего поведения, разрешать конфликты, противостоять внешнему давлению, эффективно общаться, помогать сверстникам, и многих других, без развития которых любые программы по профилактике поведенческих нарушений обнаруживают резко сниженную эффективность. Программы по формированию жизненных навыков могут быть направлены либо на общее развитие адаптивного поведения, либо на противодействие конкретным поведенческим нарушениям, например наркотизации, курению, алкоголизации и т. д.

Использование программ по формированию жизненных навыков – сфера системы образования. Такие программы могут быть либо интегрированы в обычные школьные учебные курсы и программы дополнительного образования, либо реализовываться психологами в режиме групповой или индивидуальной работы.

Выборочная профилактика (selective), в отличие от общей, направлена на молодежь и подростков, демонстрирующих какие-либо поведенческие нарушения: склонность к алкоголизации или курению, недостаточное развитие навыков общения, небезопасное сексуальное поведение, прогулы, низкую успеваемость, криминальное поведение и т. д. Идея выборочной профилактики состоит в том, что поведенческие нарушения формируются на фоне психологических или жизненных проблем, с которыми подросток не может справиться самостоятельно, – при этом поведенческие нарушения являются их индикатором. Таким образом, целью выборочной профилактики является раннее выявление психологических или жизненных проблем подростка до того, как они приведут к приобщению к значительным нарушениям поведения, и дальнейшая реализация мероприятий по социально-психологической коррекции его поведения.

Формально задачи отбора учащихся для последующей социально-психологической коррекции поведения лежат на психологической службе, которая действует в рамках системы образования. Кроме того, эффективной практикой является такая, когда школьный учитель, который более чем кто-либо чувствителен к любым нарушениям поведениям

учеников, вовлекает таких учеников в воспитательную или профилактическую работу, используя психолога или же соответствующих других детских специалистов.

Вместе с тем, в соответствии с положением о службе практической психологии в системе образования, деятельность психологов ориентирована скорее на сопровождение учебного процесса, чем на работу с поведенческими нарушениями. Фактически российские психологи сегодня не располагают необходимым диагностическим инструментарием для раннего выявления поведенческих расстройств и обычно вынуждены полагаться на интуитивно-обоснованные заключения о подростке.

Кроме того, по свидетельству самих работников системы образования, нагрузка психологов в системе образования превышает нормы, которые позволили бы достаточно качественно обеспечивать психологическое сопровождение учебного процесса, а реализация профилактической работы с детьми, страдающими поведенческими нарушениями, требует от психологической службы значительно больших кадровых и квалификационных ресурсов, по сравнению с имеющимися.

Симптоматическая профилактика (indicated) направлена на лиц, демонстрирующих поведенческий рисунок той или иной психопатологии, но по формальным признакам не являющихся больными. Нарушения поведения у подростков на этой стадии могут проявляться в резком снижении успеваемости, сужении круга интересов, появлении безразличия к родителям, кругу друзей и социальному окружению, алкогольных и токсических эксцессах и пр. Такие молодые люди обычно попадают на прием к специалистам или в профилактические программы не самостоятельно – их приводят родители, друзья или направляют работники системы образования. Это важное замечание подчеркивает то обстоятельство, что сами молодые люди на этом этапе зачастую уже чувствуют себя «исключенными» из общества. От их социального окружения, от специалистов, осуществляющих профилактические мероприятия, требуются особые усилия по формированию у молодого человека мотивации к полноценной социальной жизни. Таким образом, в отличие от выборочной, цель симптоматической профилактики состоит не в краткосрочной социально-психологической коррекции поведения, а в вовлечении молодого человека в долгосрочную работу, имеющую социально-психологический смысл. Эта работа включает в себя комплексный анализ различных аспектов жизни молодого человека и работу с его ближайшим социальным окружением – родителями, братьями и сестрами, супругами и значимыми сверстниками.

Социальная работа в отношении подростков. Абнормальное поведение подростков тесно связано с понятием трудной жизненной ситуации. Рано или поздно подростки с нарушениями поведения в подобной ситуации оказываются. Либо наоборот, поведенческие нарушения являются следствием того, что подросток не смог преодолеть жизненную ситуацию, в которой он оказался. Обычно подростки, имеющие выраженные поведенческие нарушения, попадают в поле зрения комиссий по делам несовершеннолетних, правоохранительных органов, учреждений системы профилактики безнадзорности. Такие подростки нуждаются в системе социального сопровождения, целью которого является последовательное направление подростка к необходимым ему специалистам.

Круг вопросов, которые требуется решить подростку, находящемуся в трудной жизненной ситуации, может быть довольно широким и включать в себя: избавление от наркотической зависимости, прохождение курса реабилитации того или иного профиля, лечение психического расстройства, диагностику и лечение заболеваний, передающихся преимущественно половым путем, ВИЧ/СПИД, гепатитов, получение юридической консультации, адвокатскую защиту и сопровождение в суде, трудоустройство, восстановление документов и многие другие.

Организация работы с подростками на какой-либо территории, находящимися в трудной жизненной ситуации, предполагает:

а) наличие централизованной информации о возможностях территории предоставления той или иной помощи;

б) соглашение между всеми государственными и негосударственными службами, располагающими соответствующими специалистами, об условиях оказания помощи, ведении единого банка данных на подростков, получающих помощь, условиях финансирования и страхования этой деятельности и других вопросах;

в) наличие специалистов, составляющих индивидуальный маршрут для подростков, нуждающихся в помощи. Это могут быть специалисты государственной системы социальной защиты или общественных организаций, оказывающих помощь социально неблагополучным группам населения. Специалисты могут вести прием стационарно, в одном месте, о котором информируются представители целевой группы риска. Также специалисты могут проводить консультации в местах обычного нахождения проблемных групп населения. Либо по предварительной договоренности с правоохранительными службами, специалисты могут встречаться с лицами, нуждающимися в социальной помощи, в местах задержания сотрудниками полиции.

В системе образования ключевой фигурой при работе с подростками, оказавшимися в трудной жизненной ситуации, является социальный педагог. Его деятельность, так же как и деятельность социальной службы на территории, состоит в том, чтобы осуществлять посредничество между подростком и специалистами и организациями, готовыми оказать этому подростку профессиональную помощь. То есть, с одной стороны, социальный педагог должен быть чувствительным к проблемам учащихся, с другой – обладать полной информацией о доступных для них источниках помощи, имеющихся на территории.

Между правоохранительными органами и общественными организациями, занимающимися работой с подростками обычно достигается договоренность о вызове представителей этих организаций для проведения консультаций с задержанными а те или иные правонарушения или преступления. Целью этих консультаций является формирование у делинквентного подростка мотивации к реабилитации с последующим социальным сопровождением.

Выполнение задач, представленных в последнем разделе, требует использования диагностического инструментария для описания поведения подростков. Такой инструментарий должен давать объективные стандартизированные оценки отклоняющемуся поведению подростков и способствовать координации усилий специалистов различного профиля в его профилактике.

Описание такого диагностического инструментария приведено в следующей главе.

Глава 2.

Диагностика поведенческих нарушений в подростковом возрасте

2.1. Методики ранней диагностики поведенческих нарушений

2.1.1. Создание методик диагностики и прогнозирования поведения подростков

Оценка и прогноз поведенческих нарушений у подростков являются ключевым элементом стратегии предотвращения рецидивов в ювенальной юстиции, а также – риска для здоровья в общественном здравоохранении. Оценка поведения риска необходима для выбора адекватных мер реагирования на девиантное или делинквентное поведение: санкций или реабилитационных мероприятий.

Сегодня стремительно растет спрос на методики оценки поведения подростков. Суду необходимо выносить адекватные решения и приговоры. Социальным службам необходимы надежные основания для планирования реабилитационных мер для подростков, совершивших правонарушения или оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Комиссиям по делам несовершеннолетних необходимы основания для вынесения постановлений. Социальным педагогам и психологам системы образования необходимо иметь формализованный банк данных на «трудных» подростков.

Наиболее точные сведения о подростке, как известно, дает клинико-психиатрическое обследование. Однако оно имеет существенные ограничения. Во-первых, клинико-психиатрическое обследование в России законодательно приравнено к оказанию психиатрической помощи и поэтому может производиться только при согласии родителя ребенка до 14 лет. Во-вторых, клиническое обследование занимает значительное время и поэтому фактически может применяться только к очень ограниченному количеству подростков. В-третьих, проведение такого обследования требует наличия соответствующей квалификации, которой располагают, как правило, только психиатры и медицинские психологи.

Поэтому у широкого круга практиков различного профиля возникла потребность в диагностическом инструментарии, который бы лишен перечисленных выше недостатков. В странах Запада с этой целью созданы десятки методик, которые используются в системе ювенальной юстиции, системе образования, системе здравоохранения, пенитенциарной систе-

ме и других организациях, работающих с подростками (Hannah-Moffat, Maurutto, 2003).

На сегодняшний день в мире активно используется около 50 методик, направленных на решение самых разных задач. Эти методики не только прогнозируют рецидивы делинквентного поведения после отбывания наказания, но и широко оценивают факторы, влияющие или могущие повлиять на подростка – семью, социальную ситуацию, прошлый опыт, психические и физические заболевания, т.е. все то, что определяет всю дальнейшую жизнедеятельность подростка.

Опыт применения этих методик постоянно обобщается, методики совершенствуются, специализируются под частные задачи, периодически уточняются их оценочные нормы.

Развитие инструментов оценки поведенческих рисков имеет свою историю (Schwalbe, 2007). Первое поколение таких методик стремилось к описанию максимально широкого круга показателей, который приближается к клинко-анамнестическому описанию. Эти методики основывались на наборе суждений, которые врачи в своей повседневной практике использовали для описания делинквентных подростков. При вынесении оценок или прогнозе рецидивов отклоняющегося поведения врачи полагались, в первую очередь, на инстинктивное чувство или интуитивное предчувствие. Оценки при этом выражались в неструктурированном клиническом заключении. Однако отдельные суждения о разных сторонах жизни подростка не давали возможности судить об уровне риска в его поведении в целом.

Поэтому дальнейшее совершенствование инструментов оценки представлялось необходимым и логически обоснованным, в результате чего появились методики, которые основывались на статистической связи между оценкой рисков, полученной посредством данного инструмента и вероятности повторного правонарушения. Такой подход, называемый актуарным, поскольку был заимствован из страховой практики, состоит в том, что оценка опирается на узкий круг легко фиксируемых и статистически обоснованных показателей, например, доходы семьи, уровень образования и т.д. Такие методики разрабатывались на основе эмпирических процедур, в которых элементы модели выбираются и статистически взвешиваются по отношению к основному критерию, например, насилию. Основной задачей этих методик было определение уровня риска и выбор соответствующих санкций или мер надзорного характера.

К настоящему времени широкое использование получили методики третьего поколения, в которые стали учитывать не только статические,

но и динамические факторы, такие как проблемы взаимоотношения со сверстниками или проблемы с успеваемостью в школе. Таким образом, появилась возможность следить за изменениями в поведении подростков в долговременной перспективе, сравнивая его оценки, полученные в разное время.

Главным же достижением методик третьего поколения является акцент не только на оценке риска, но и на оценке потребностей подростка.

Понятия риска и потребности. Разграничение понятия *риска* (risk) от понятия *потребностей* (needs) при проведении оценки подростка отражает базовую концепцию современной системы ювенальной юстиции, которая направлена на вынесение решения в отношении подростка, основанного на терапевтической, а не репрессивной стратегии работы с подростком.

Оценка *риска* поведения подростка – это оценка риска для общественной безопасности. Оценка *потребностей* определяет имеющийся потенциал подростка для преодоления поведенческих нарушений с помощью терапевтических, а не репрессивных способов. Соотношение этих двух оценок позволяет суду ответить на вопрос, что может являться альтернативой содержания под стражей или лишения свободы.

Безошибочность и точность оценки рисков и потребностей является основой общественного доверия к системе ювенальной юстиции, и показателем эффективности ее работы. С терапевтической точки зрения, от точности оценок, получаемых в результате использования диагностической методики, зависит точность выбора видов помощи подростку, которые должны быть направлены на преодоление именно тех причин, которые привели подростка к конфликту с законом и наносят очевидный вред его здоровью (Risk and needs assessment..., 1996).

Результатом использования методики оценки поведения риска является протокол, который связывает факторы риска различных сторон поведения и меры необходимого вмешательства. Этот протокол дает основания для решения о выборе тех или иных мер в отношении подростка, последовательности и сроках их применения.

Процедура создания диагностической методики включает в себя следующие этапы.

1. *Генерация набора суждений.* Для этого специалисты, имеющие дело с подростковыми правонарушениями, описывают подростков, с которыми им приходится сталкиваться. При этом они описывают проблемы, типичные проявления этих проблем, ситуации в которых эти проблемы возникают и меры по преодолению этих проблем.

2. *Классификация суждений.* Полученные суждения разбиваются на несколько групп, описывающие разные стороны подросткового поведения. Обираются только те суждения, которые имеют отношения к виду поведения, которые необходимо оценить.

3. *Шкалирование суждений.* Для оценки уровня риска каждой из сторон поведения необходима шкала, по которой этот уровень будет измеряться. Каждая шкала состоит из набора суждений. Если в отношении оцениваемого подростка справедливо большинство (или определенное количество) суждений шкалы, то ему присуще и то свойство, которое измеряет шкала в целом.

4. *Стандартизация и валидизация.* Методика оценки риска должна быть валидизирована на той популяции, на которой ее собираются использовать, что подразумевает получение нормальное распределение по шкалам методики. Валидность – степень корректности, с которой методика измеряет именно то, что мы хотели измерить. Процедуру валидации методики необходимо повторять время от времени, поскольку обшество постоянно меняется, а вместе с ним меняются и интересующие нас социальные группы.

5. *Обучение и контроль* со стороны специалистов. Обсуждаемые методики предназначены для использования широким кругом специалистов. Важно, чтобы специалисты по разработке таких методик обучали работе с методикой тех, кто будет её применять, и контролировали их работу (Clear,1995).

2.1.2. Виды методик диагностики прогнозирования поведения подростков

Методики делятся на две больших группы, предназначенные для первичного и вторичного скрининга или для скрининга и оценки. Эти две процедуры, хотя и используются часто вместе, отличаются по целям и методам.

Скрининг (от англ. screening – отбор, отсев) – это обычно короткая процедура, применяемая для первичного выявления подростков, имеющих высокий риск поведенческих нарушений. Скрининг не позволяет делать диагностические заключения, но предназначен для изучения молодежных групп и отбора из них отдельных подростков, которым требуется более развернутая оценка, внимание специалистов или полноценная профессиональная помощь.

Скрининговые методики обычно заполняются самими подростками. Время на заполнение может колебаться от 5 до 30 минут в зависимости от объема требуемой от подростка информации. В любом случае, скри-

нинг проводится по стандартизированной методике, предназначенной для сбора определенной информации, используемой для достижения той или иной цели в рамках системы ювенальной юстиции.

Оценка (англ. assessment) – процедура, предназначенная для комплексного анализа широкого круга социальных и психологических потребностей и проблем, выявленных в ходе первичного скрининга. Методика оценки обычно проводится специалистом, который заполняет соответствующий бланк (ответный лист) на конкретного наблюдаемого подростка. Она позволяет делать заключение о наличии какого-то клинического расстройства.

Методики оценки более дорогие, чем скрининговые, поскольку они требуют сбора большего объема индивидуальных данных, могут включать себя психологическое тестирование, клиническое интервьюирование, получение записей из других учреждений и консультирование с другими экспертами, наблюдающими подростка. Таким образом, процедура оценки используется только в отношении ограниченной группы подростков, выявленной ранее в ходе первичного скрининга или определенной какими-то другими средствами как группа, вероятно нуждающаяся в углубленной оценке.

В самом общем виде, систему ювенальной юстиции можно представить как суды по делам несовершеннолетних и систему профилактики поведенческих нарушений. Суды собирают информацию о подростках и принимают решения о необходимых действиях в отношении несовершеннолетних правонарушителях. Это могут быть решения о каких-то санкциях или исправительных или реабилитационных мерах, которые бы в наибольшей степени отвечали потребностям самого подростка и общества.

В описанной системе скрининг наиболее часто используется на следующих этапах:

- для проведения первого интервью с подростком во время обращения в суд;
- при приеме подростка в следственном изоляторе в ожидании судебного решения;
- при поступлении подростка в исправительное или реабилитационное учреждение.

На каждом из этих этапов могут использоваться отличные друг от друга, в зависимости от проблем подростка, скрининговые методики.

Оценка, так же как и скрининг, может преследовать разные цели в зависимости от того, на каком этапе работы с подростком она при-

меняется. На первом этапе, когда подросток только оказывается в поле зрения ювенальных служб, оценка может быть использована для определения «реабилитационного потенциала» подростка и его перенаправления из системы правосудия в более подходящие лечебные или реабилитационные учреждения и общественные организации. Второй этап проведения оценки подростке служит для получения информации, которая принимается во внимание при вынесении решения суда о потребностях подростка в лечебных или реабилитационных мероприятиях. На третьем этапе, когда подросток проходит коррекционную программу, оценка служит для уточнения потребностей подростка в специальных методах лечения или реабилитации (Screening and Assessing..., 2004).

Ниже приведены краткие характеристики основных методик, используемых сегодня в мире в системе ювенальной юстиции (обзор по Hannah-Moffat, Maurutto, 2003).

1. *Подростковый вопросник по химической зависимости/Adolescent Chemical Dependency Inventory – ACDI* – коррекционная версия II. Используется для скрининга употребления и злоупотребления алкоголем и наркотиками, уровня социальной адаптации и ряда социально-психологических проблем подростков от 14 до 17 лет. Вопросник предназначен для самозаполнения. Состоит из 7 шкал: правдивость, насилие, приспособленность, дистресс, алкоголь, наркотики, способности по преодолению стресса. Предполагает разработку рекомендаций по вмешательству, лечению и пробации по каждой из этих шкал.

2. *Шкала базисной оценки компетенции/Competency Base Assessment*. Измеряются некоторые виды компетенций подростка: сильные стороны личности, способности, возможные виды одаренности юного правонарушителя.

3. *Пакет криминального цикла/Crime Cycle Package (CCP)*. Инструмент оценки риска/потребностей с целью выработки решений по планированию ведения случая. Была специально разработана в качестве дополнения к методике YLS\SMI. Включает в себя 4 подраздела:

а. Вопросник криминального цикла. Всестороннее интервью, основанное на беседе по идентификации сфер криминального риска.

б. Вопросник социальной истории. Всестороннее интервью с родителями подростка-правонарушителя. Выявляются области родительской озабоченности, включая информацию о семейной истории, стадиях развития, биологических и средовых вредностях в жизни подростка. Используется для верификации информации по первому вопроснику.

в. Суммирование криминального цикла. Суммирует и категоризирует данные двух предыдущих разделов с целью выработки стратегии вмешательства для каждой сферы потребностей.

г. План ведения случая. Рабочий документ, где команда специалистов, ответственная за ведение случая, суммирует круг потребностей подростка, разрабатывает детальную программу коррекционного вмешательства с указанием временных ограничений.

4. *Шкала криминальных чувств/Criminal Sentiments Scale (CSS)*. Шкала состоит из 41-го пункта. Предназначена для самозаполнения по ключевым индикаторам криминальных чувств. Помогает идентифицировать антисоциальные установки, ценности и убеждения, которые могут играть важную роль в поддержании антисоциального поведения: установки к закону, судам и полиции; толерантность к нарушениям закона; идентификация с другими криминальными личностями.

5. *Скрининговый тест злоупотребления наркотиками/Drug Abuse Screening Test (DAST)*. Это скрининговый инструмент для оценки зависимости от ПАВ за исключением алкоголя. Позволяет получить количественный индекс серьезности зависимости от ПАВ.

6. *HCR – 20* Инструмент оценки риска насилия. Его концептуальная схема выстраивает в ряд маркеры риска в прошлом, настоящем и будущем. Он включает в себя: 10 пунктов истории, 5 клинических пунктов, отражающих текущие динамические корреляты насилия и 5 пунктов управления риском, которые сосредотачивают внимание на ситуации и факторах, действующих после оценки, которые могут утяжелять и ослаблять риск.

7. *Вопросник уровня обслуживания/Level of Service Inventory – Ontario Revised (LSI-OR)*. Это стандартизованный инструмент для лиц старше 16-и лет и взрослых правонарушителей. Используется для оценки риска рецидива совершения повторного противоправного деяния, выявлению факторов, мотивирующих к участию в программе. Подразумевает разработку плана ведения случая.

8. *Оценка риска и система управления для правонарушителя/Offender Risk Assessment and Management System (ORAMS)*. Предназначен для повышения способности соответствующих институтов социального контроля идентифицировать факторы риска и реагировать таким образом, чтобы обеспечить безопасность и успешную реализацию программ вмешательств.

9. *Шкала гордости делинквентностью/Pride in Delinquency Scale (PID)*. Была разработана как дополнение к шкале CSS для измерения крими-

нальных установок. Содержит 10 пунктов, оценивает степень субъективного комфорта/дискомфорта (гордость/стыд) из-за включенности в специфическое криминальное поведение.

10. Молодежный уровень обслуживания/Вопросник по управлению слу-чаем/Youth Level of Service/Case Management Inventory (YLS/CMI).

Стандартизованный инструмент для оценки риска рецидивизма, потребности в коррекционных программах. Содержит 42-пункта, обеспечивающих детальную фиксацию факторов риска и потребностей, положенных в основу плана ведения случая. Инструмент предназначен для молодых правонарушителей.

Таким образом, в настоящее время не существует единственно верного скринингового инструмента оценки подростков в системе ювенальной юстиции. Выбор тех или иных методик зависит от различных факторов: этап процесса ювенальной юстиции, на котором находится подросток, ресурсов, которые фактически имеются в распоряжении, время, имеющееся на проведение оценки, доступность ресурсов подростковых служб помощи, например, психиатрии или социальных служб.

2.2. Методика оценки склонности к противоправному поведению (адаптированный ОРВ)

2.2.1. История создания методики

Методика «Оценка риска и криминальных потребностей несовершеннолетних» (Assessing Risk and Need in Youthful Offenders – RNA), разработанная на основе более раннего варианта методики *The Youth Level of Service/Case Management Inventory™ (YLS/CMI™)* (Hoge, Andrews, 2002), была адаптирована для использования в России в 2008 году межрегиональной рабочей группой под руководством О.В. Зыкова в рамках проекта «Метод «Оценка рисков и возможностей» как основа развития ювенальных технологий в г. Москве», финансируемого Фондом поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Русскоязычный адаптированный вариант методики получил название «Метод структурированной оценки рисков совершения повторных правонарушений и возможностей реабилитации несовершеннолетнего «Оценка рисков и возможностей (ОРВ)» (Булгакова и др., 2009; Дрейзин и др., 2010).

Структурированный метод «Оценка рисков и возможностей» представляет собой полужформализованную методику для оценки риска совершения повторного (рецидивов) противоправного поведения несовер-

шеннолетних т.н. группы «риска», т.е. социально дезадаптированных подростков, попавших в поле зрения специалистов социальных служб. Методика позволяет оценить потенциал реабилитационного пространства подростка с учетом его личностных особенностей, жизненной ситуации, социального окружения и наличия реабилитационных ресурсов.

Основной задачей использования методики ОРВ является оказание своевременной психолого-педагогической и социальной помощи несовершеннолетнему, демонстрирующему рискованное поведение, на основе построения индивидуального профилактического маршрута с указанием обоснованных решений о необходимых профилактико-реабилитационных мерах. При организации комплексной социальной, психологической, медицинской, педагогической работы с несовершеннолетними группы «риска» использование формализованной методики призвано упростить межведомственное взаимодействие специалистов, участвующих в реабилитационном процессе.

В декабре 2010 года Решением Правительственной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав исполнительной власти субъектов РФ рекомендовано использовать Метод структурированной оценки рисков совершения повторных правонарушений и возможностей реабилитации несовершеннолетнего «Оценка рисков и возможностей» (ОРВ) как способ, обеспечивающий межведомственное взаимодействие субъектов профилактики.

2.2.2. Процедура апробации методики ОРВ

Весной 2012 года была проведена апробация методики ОРВ – научно-методическая работа по оценке потенциала использования методики ОРВ в отношении учащихся, стоящих на внутришкольном учете (контроле) на базе средних образовательных учреждений Колпинского района города Санкт-Петербурга. Основная задача исследования состояла в применении и оценке опыта использования методики ОРВ, которая предназначена для формализации процесса формирования концепции психологического и социального вмешательства с целью снижения вероятности рецидива противоправного поведения у подростков, в отношении учащихся, стоящих на внутришкольном учете (контроле) в образовательных учреждениях Колпинского района г. Санкт-Петербурга.

Апробация осуществлялась в рамках:

- проекта «Правовые и смысловые аспекты социально-психологического тестирования несовершеннолетних», реализованного Российским благотворительным фондом «Нет алкоголизму и наркомании» (РБФ НАН, Москва) (на средства государственной поддержки, выделенные

в качестве гранта в соответствии с распоряжением Президента РФ от 2.03.2011 года № 127-рп);

- проекта «Колпинский район – территория без наркотиков».

В ходе апробации методики было осуществлено пробное заполнение опросного листа четырьмя работниками различных школ Колпинского района. Заполнение вопросников протоколировалось. Те вопросы, формулировки которых, вызывали трудности, были приведены в соответствии с языковым опытом респондентов.

Основное исследование было реализовано в мае 2012 года на базе 25 общеобразовательных школ Колпинского района г. Санкт-Петербурга. Исследование в образовательных учреждениях осуществлялось в виде заочной оценки поведенческих и социально-демографических характеристик учащихся – несовершеннолетних группы «риска», т. е. подростков, стоящих на внутришкольном контроле (учете) на момент сбора данных, социальными педагогами и психологами учебного заведения. Перед заполнением бланков методики с социальными педагогами был проведен обучающий семинар (инструктаж) по работе с модифицированным вариантом методики ОРВ.

Постановка на внутришкольный контроль подростков осуществляется в целях создания объективных условий для улучшения качества профилактической работы, усиления социальной и правовой защиты обучающихся в образовательном учреждении. Основанием для постановки на внутришкольный контроль в соответствии со статьями 5,6 и 14 Федерального Закона «Об основах профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» являются подростки:

- неоднократно замеченные в нарушениях устава школы;
- систематически нарушающие правила для учащихся (пропуск уроков без уважительной причины, употребление алкоголя и других психоактивных веществ, срыв уроков, акты хулиганства и т. п.);
- совершающие правонарушения во внеурочное время;
- состоящие на учете в наркологическом диспансере, отделе МВД по делам несовершеннолетних др.

Социальные педагоги и психологи представляют собой наиболее компетентных специалистов образовательного учреждения, обладающих максимально полным набором сведений о личности несовершеннолетнего, стоящего на внутришкольном контроле, его жизнедеятельности, истории его девиантной карьеры и особенностях социального окружения.

В настоящем учебно-методическом пособии представлены итоговые материалы работы по апробации методики «Оценка рисков и возможно-

стей» (ОРВ) в образовательной среде: представлен модифицированный вариант анкеты ОРВ; определены возможности и ограничения метода ОРВ для преимущественного использования в образовательной среде в качестве технологии формализованного описания подростков группы «риска»; проведен анализ характеристик социального контроля микро- и макроуровня над подростками группы «риска».

2.2.3. Применение методики

Назначение. Методика «Оценки рисков и возможностей» (ОРВ) в условиях образовательного учреждения может использоваться для решения следующих задач:

- формирование социально-педагогической базы данных подростков, находящихся на внутришкольном учете (контроле);
- количественная оценка уровня риска совершения противоправных деяний подростком группы «риска»;
- анализ условий и причин негативных проявлений девиаций (поведенческих отклонений) в среде обучающихся;
- планирование обоснованных профилактических и реабилитационных мероприятий в отношении учащихся, стоящих на внутришкольном учете (на индивидуальном и/или групповом уровнях).

Таким образом, методика ОРВ может рассматриваться как дополнение к форме «Учётная карта несовершеннолетнего, находящегося в социально опасном положении», используемой в учреждениях системы образования для социально-педагогической характеристики учащихся.

Существует два варианта работы с методикой ОРВ – бумажный и электронный. Рекомендуется использование отдельного оценочного листа (бумажного, электронного) для фиксации результатов каждой новой оценки.

Бумажный вариант бланка методики (Оценочный лист) представлен в Приложении 1. Электронный вариант методики, а также программу для создания электронной базы данных с использованием метода ОРВ можно скачать по ссылке <http://www.nan.ru/?f=uu/orv/>

Результаты оценки учащегося по методике ОРВ рекомендуется сохранять и использовать в соответствии с положением образовательного учреждения о работе с персональными данными обучающихся.

Кто использует методику. Данный вариант методики ОРВ, адаптированный для использования в образовательной среде, предназначен для использования ответственными специалистами, которые осуществляют организацию ведения внутришкольного учета (контроля), взаимодействие с комиссией по делам несовершеннолетних и другими органами

системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних. В системе образования к таким специалистам относятся: заместитель директора по воспитательной работе, социальный педагог, классный руководитель и педагог – психолог.

Основное требование к специалисту – это практика и опыт работы с конкретным социально дезадаптированным подростком. Специалист должен обладать максимально полным набором сведений о личности учащего, его жизнедеятельности, его девиантной карьере и особенностях социального окружения.

2.2.4. Инструкция по использованию методик ОРВ

Рекомендуемая форма работы с методикой ОРВ – *заочная оценка* поведенческих, психологических и социально-демографических характеристик учащихся – несовершеннолетних группы «риска». Заочная оценка предполагает предварительный сбор ответственным специалистом всех необходимых сведений о подростке, стоящем на внутришкольном контроле (учете), посредством интервьюирования как непосредственно самого несовершеннолетнего, так и представителей его ближайшего окружения, сторонних специалистов, компетентных в частных вопросах, касающихся истории криминализации подростка, особенностях его физического и душевного здоровья и пр.

Оценочный лист может заполняться и в ходе непосредственного интервью с подростком. Однако следует обратить внимание на то, что многие вопросы не могут задаваться напрямую. Например, прямой вопрос о склонности к физической агрессии может привести к искреннему отрицанию со стороны подростка, в то время как ряд косвенных вопросов может установить ее наличие. Кроме того, в методике содержится большое количество специальных терминов, которые могут быть непонятны подростку, такие как, например, непоследовательность воспитания, асоциальные установки, гиперактивность, экстремизм и пр.

Вопросы, задаваемые подростку во время интервью, должны соответствовать его возрасту и уровню интеллектуального развития. Учащийся своими словами и как можно подробнее описывает свою жизненную ситуацию, имеющиеся у него трудности.

Специалист, проводящий интервью, со своей стороны, должен следить за тем, чтобы при заполнении оценочного листа были охвачены все его темы. Беседу необходимо построить таким образом, чтобы подросток имел возможность осветить все вопросы, важные для вынесения оценки специалистом. При этом специалисту необходимо соблюдать этические принципы, особенно при обсуждении так называемых «сенситивных»

вопросов, которые обычно вызывают напряжение у подростков.

Приступая к заполнению методики ОРВ, ответственный специалист заполняет следующие пункты: свои фамилию, имя и отчество, должность, фамилию, имя и отчество учащегося, на которого заполняется анкета, дату его рождения. Кроме того, ответственному специалисту рекомендуется указать даты постановки подростка на следующие виды учета в том случае, если они известны: внутришкольный, отдела по делам несовершеннолетних районного управления внутренних дел, подростковых кабинетов психоневрологического и наркологического диспансера.

Методика ОРВ, рекомендованная к использованию в образовательных учреждениях, состоит из четырех частей:

Часть I: Оценка факторов риска и возможностей реабилитации,

Часть II: Обобщение факторов риска/возможностей,

Часть III: Оценка дополнительных факторов риска/возможностей,

Часть IV: План работы со случаем.

Методика построена таким образом, что при ее заполнении большинство пунктов содержат необходимые пояснения. Это значительно облегчает процедуру заполнения методики и позволяет специалисту экономить время при ее заполнении.

Далее подробно раскрывается работа с каждым из перечисленных выше разделов методики.

Часть I: Оценка факторов риска и возможностей реабилитации

Часть I включает в себя восемь блоков вопросов, отражающих поведенческие, психологические и социально-демографические характеристики несовершеннолетних:

- 1) прошлые и настоящие правонарушения/решения суда;
- 2) семейные обстоятельства/выполнение родительских функций;
- 3) образование/трудова занятость;
- 4) отношения со сверстниками;
- 5) злоупотребление психоактивными веществами;
- 6) свободное время/досуг;
- 7) личностные качества/поведение;
- 8) установки/социальные ориентации.

Наличие у несовершеннолетнего тех или иных характеристик отмечается в предусмотренных ячейках бланка методики.

ПРИМЕР

Рассмотрим пример заполнения одного из вопросных блоков Части I бумажного варианта методики ОРВ (см. рис. 1).

БЛОК 7: ЛИЧНЫЕ КАЧЕСТВА/ПОВЕДЕНИЕ

	701. Завышенная или неустойчивая самооценка (самоумнение или самоуничижение)
V	702. Склонен к физической агрессии (вместо конструктивных способов улаживания противоречий с другими людьми)
	703. Бывают вспышки неконтролируемого гнева
V	704. Гиперактивность, нарушения внимания (не может сосредоточиться на задаче)
	705. Плохо переносит неудачи (занимает оборонительно – агрессивную позицию)
	706. Отсутствие чувства вины и ответственности за свои действия
V	707. Склонность к вербальной (словесной) агрессии (часто использует грубые, оскорбительные или угрожающие выражения)
3	708. Итого количество отмеченных пунктов. Оценка уровня риска: Низкий (0), Средний (1–4), Высокий (5–7)

Рис. 1. Оценка уровня риска по блоку 7 методики ОРВ

Вопросы оценочного листа пронумерованы таким образом, что первая цифра обозначает номер блока, к которому относится вопрос, остальные – порядковый номер вопроса в данном блоке. На первом шаге специалист, исходя из имеющейся у него информации, отметит характеристики, присущие учащемуся, на которого заполняется анкета. В приведенном выше примере, это пункты 702, 704 и 707, отмеченные галочкой. Если характеристика отсутствует у несовершеннолетнего, то ячейка остается пустой.

Далее количество отмеченных пунктов в блоке суммируется и заносится в самую нижнюю ячейку (708 – итоговая оценка), выделенную серым цветом. В приведенном примере сумма составила «3» балла из семи возможных.

Затем необходимо оценить уровень риска по данному блоку в соответствии с приведенной шкалой, подчеркнув соответствующий диапазон (низкий, средний, высокий). Полученный в нашем примере балл «3» соответствует среднему уровню риска, так как 3 попадает в диапазон от 1 до 4-х.

Аналогично проводится работа с остальными блоками вопросов в Части I анкеты.

В электронном варианте анкеты подсчет количества отмеченных характеристик и оценка уровня риска по блокам осуществляются автоматически.

Часть II: Обобщение факторов риска/возможностей

Данный раздел анкеты также представлен в табличной форме и предназначен для построения обобщенной картины уровня риска социальной дезадаптации несовершеннолетнего с указанием отягчающих факторов, а также потенциальных ресурсов преодоления проблемы. Заполнение Части II, расположенной компактно на одной странице, позволяет систематизировать данные, увидеть целостный поведенческий профиль подростка, оценить масштаб его проблем, а также определить имеющиеся у подростка ресурсы преодоления этих проблем.

Для этого необходимо перенести итоговые баллы, полученные в результате заполнения каждого из опросных блоков Части I, в соответствующие ячейки таблицы Части II (столбец 2 – оценка уровня риска).

Далее рассчитывается *Общий балл* риска. Для этого необходимо суммировать баллы в столбце 2 Части II и занести полученную сумму в нижнюю ячейку. После чего необходимо произвести оценку общего уровня риска для конкретного подростка; являющуюся соотношением полученной итоговой суммы с одним из указанных диапазонов. Таким образом, подростку присваивается соответствующий уровень риска (низкий, умеренный, высокий или очень высокий). Соответствующую оценку уровня риска в бумажном варианте методики рекомендуется подчеркивать.

В электронной версии анкеты баллы и оценки переносятся из Части I в Часть II, а также суммируются в общий балл автоматически.

В таблице Части II содержатся два столбца (третий и четвертый) для фиксации комментариев к соответствующим восьми блокам методики. В третьем столбце фиксируются отягчающие *факторы*, характеризующие поведение подростка. В четвертом столбце указываются потенциальные *ресурсы* и *возможности* самого подростка, его социального окружения и его «реабилитационного пространства».

Отмечаются только те факторы риска и потенциальные возможности, на которые необходимо обратить внимание при разработке профилактического маршрута и планировании социально-педагогической и психолого-педагогической работе с несовершеннолетним.

В электронной версии методики ОРВ для фиксации указанной текстовой информации предусмотрены соответствующие поля.

Ниже приведен пример заполнения Части II (Табл. 1).

Таблица 1. Пример заполнения Части II методики ОРВ

ЧАСТЬ II: ОБОБЩЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА/ВОЗМОЖНОСТЕЙ
(данные из Части I)

БЛОКИ 1-8	Оценка уровня риска Поставьте соответствующий балл и подчеркните нужную оценку (из Части 1)	Отягчающие ФАКТОРЫ	Потенциальные РЕСУРСЫ/ВОЗМОЖНОСТИ преодоления проблемы
1. Предыдущие и текущие преступления	[2] Низкий Средний Высокий		
2. Семейные факторы	[4] Низкий Средний Высокий	Матери нет.	Отец заинтересован в воспитании (хотя систематически употребляет алкоголь).
3. Образование	[1] Низкий Средний Высокий	Низкая мотивация к обучению вследствие хронической неуспеваемости.	Есть способности и есть интерес к обучению, которые можно актуализировать.
4. Взаимоотношения со сверстниками	[4] Низкий Средний Высокий	В окружении преобладают сверстники с асоциальным поведением. Не проявляет инициативы в поисках социально адаптированных друзей.	
5. Злоупотребление алкоголем и наркотиками	[2] Низкий Средний Высокий	Замечен в курении и употреблении алкоголя под влиянием окружения сверстников.	Не наблюдается признаков зависимости от табака или алкоголя. При смене интересов может от них отказаться.

6. Отдых досуг	[3] Низкий Средний Высокий	Не проявляет-ся собственной инициативы в организации своей внеклассной деятельности.	С удовольствием участвует во вне-классных меропри-ятиях, связанных с самостоятельностью и творчеством. Этот интерес можно использо-вать для формиро-вания мотивации к учебной актив-ности.
7. Личные качества	[1] Низкий Средний Высокий		Дружелюбен, общи-телен, способен к сотрудничеству.
8. Жизненные установки	[2] Низкий Средний Высокий	Среди педагогического состава считается «труд-ным» неуправляе-мым подростком, склонным к кри-минализации. Есть опасность стигматизации – подстраивания поведения под негативные ожи-дания учителей.	Реагирует на дове-рительное отно-шение со стороны взрослых – прояв-ляет самостоятель-ность, ответствен-ность и готовность к конструктивной деятельности.
Общий балл (сумма)*:	[19]		

* Подчеркните соответствующую оценку уровня риска: | Низкий (0–8) | Средний (9–26) | Высокий (27–34) | Очень высокий (35–42)|

Часть III: Оценка дополнительных факторов риска/возможностей

Часть III «Оценка дополнительных факторов риска» методики ОРВ состоит из четырех блока вопросов (блок 9 – блок 12):

9. Социально-психологические факторы риска,
10. Проблемы физического и психического здоровья,
11. Психо-эмоциональные проблемы,
12. Предыстория криминализации.

Оценка производится путем фиксации наличия указанных характеристик значком «V» в соответствующих ячейках. Однако оценка допол-

нительных факторов риска не предполагает количественного анализа, т.е. подсчета баллов, как это делается в Части I. Учет дополнительных факторов может быть важным как для понимания «механизма» формирования социальной дезадаптации несовершеннолетнего, так и для разработки плана работы. Они могут относиться к обстоятельствам, определяющим особые риски и возможности, включая потребность в специфической социальной, психологической и иных видах помощи.

Приведем краткое описание блоков, включенных в Часть III.

Блок 9. Социально-психологические факторы риска включает в себя следующие факторы:

- макроуровня (связанные с материальным и социальным положением несовершеннолетнего и его семьи),
- среднего уровня (школа, сверстники),
- микроуровня (особенности внутрисемейных отношений).

Блок 10. Проблемы физического и психического здоровья, как правило, напрямую не связаны с совершением правонарушений, однако могут негативно влиять на процессы формирования цели, принятия решения, контроля действий и поведения. Также они могут приводить к дисгармоничному развитию личности (особенно в тех случаях, когда подросток растет в социально опасном окружении).

Блок 11. Психо-эмоциональные проблемы. Вопросы этого блока помогают выявлять упомянутую выше дисгармоничность личности, уровень ее зрелости. Этот показатель важен, поскольку может сигнализировать о недостаточной личностной зрелости несовершеннолетнего правонарушителя, а также указывать направления его ресоциализации.

Блок 12. Предыстория криминализации важен для понимания причин формирования девиантного поведения несовершеннолетнего.

Часть IV: План работы со случаем

Часть IV: План работы со случаем – итоговая и наиболее важная часть методики ОРВ, которая служит для планирования работы с подростком на основе информации, изложенной в предыдущих частях оценочного листа. Заполнение этой части состоит в формулировании целей работы с подростком и средств их достижения с учетом выявленных поведенческих рисков и возможностей их преодоления. Процедура формулирования целей и планирования средств их достижения должна отвечать ряду требований.

Выбор целей и стратегии работы со случаем. Для формулирования целей необходимо выделить первостепенные риски поведения и отягощающие факторы, которые в наибольшей степени определяют активность

подростка. Именно на них в первую очередь должны быть направлены цели профилактического вмешательства. Признаком выбора правильного направления профилактической и реабилитационной работы является положительная реакция на нее самого подростка. Вмешательство, направленное на второстепенные цели, как правило, не приводит к видимым изменениям в поведении подростка и, напротив, может вызвать реакцию отторжения.

Например, истиной причиной криминального поведения подростка может быть протестное поведение против необъективно-негативного отношения к себе со стороны педагогов. В таком случае попытки формирования позитивных жизненных установок могут привести лишь к усугублению протеста. Действенной первоочередной мерой здесь может быть возложение ответственности на подростка за выполнение каких-то общественно значимых поручений и постоянное позитивное подкрепление, например, со стороны классного руководителя в виде оказания доверия в выполнении тех или иных задач.

После частичного или полного достижения первоочередной цели подросток становится чувствительным к другим мерам профилактического или реабилитационного вмешательства, например к формированию мотивации к обучению.

Адекватность целей внешним условиям. При формулировании целей работы с подростком необходимо учитывать социально-организационные факторы или особенности т. н. «реабилитационного пространства». К ним относятся: особенности организации учебного процесса, психологический климат в учебном заведении, возможности организации внеучебной и досуговой деятельности, доступность подростковых служб и специалистов, тип населенного пункта, особенности его застройки и состава населения и многие другие.

Каждая территория, каждое учебное заведение имеют собственное уникальное сочетание действия этих факторов. Поэтому профилактические и реабилитационные меры, с успехом реализуемые в одном учебном заведении, могут быть неэффективными или неосуществимыми – в другом. Поэтому при формировании стратегии работы с подростком необходимо использовать сильные стороны имеющегося «реабилитационного пространства» и нивелировать его недостатки.

Активность подростка. Главным условием эффективного профилактического или реабилитационного вмешательства является заинтересованность самого подростка и его активная вовлеченность в работу. Интересы подростка, на которых и должна быть основана стратегия вме-

шательства, отражаются в Части Поценочного листа в разделе «Потенциальные ресурсы и возможности преодоления». Все формулируемые цели в Части IV «План работы со случаем» должны быть, так или иначе, связаны с формированием стремления подростка к самомотивируемой социализации.

Дополнительные возможности использования методики

Методика ОРВ основана на использовании количественных оценок и поэтому может применяться для диагностики и прогноза не только индивидуального поведения подростков, но и для планирования профилактической работы с группами учащихся, стоящих на внутришкольном учете (контроле).

Для этого количественные результаты диагностики, полученные в результате заполнения анкеты, должны быть подвергнуты дополнительной статистической обработке. Они должны быть внесены в таблицу, в которой в названиях строк перечислены фамилии учащихся, а в названиях столбцов – количественные оценки из анкеты. Такая таблица может быть сделана в программе MSExcel или в любом другом статистическом пакете. Макет таблицы может выглядеть следующим образом:

ФИО	101	102	...	1207	Общий балл	Уровень риска
1. Иванов						
2. Петров						
3. Сидоров						
...						
n						
%						

В ячейки таблицы заносится цифра «1» в соответствии с отметками в заполненных анкетах. После чего все единицы суммируются по каждому столбцу, а в строке «n» записываются итоговые суммы. В строке «%» эти суммы могут быть переведены в процентный вес, взятый от общего количества вопросов-столбцов.

Таблица, организованная описанным выше образом, позволяет:

- 1) Ранжировать учащихся по уровню риска, и таким образом, выделять группу подростков, требующих повышенного внимания.
- 2) Определять наиболее распространенные «проблемные» поведенческие и социально-демографические характеристики учащихся, на которые должны быть направлены профилактические программы.

2.2.5. Анализ поведенческих рисков постановки на разные виды учета подростков группы «риска»

В исследовании участвовали 209 учащихся 25 образовательных учреждений Колпинского района г. Санкт-Петербурга, стоящих на внутришкольном контроле на 15 мая 2012 года. Из них было 155 мальчиков (74%) и 54 девочки (26%).

Статистическая обработка данных заключалась в расчете простых распределений и мер центральной тенденции. На втором этапе был применен логистический регрессионный анализ.

Диагностическая методика ОРВ основана на оценке поведенческих рисков по ряду блоков вопросника, позволяя определить по каждому из них уровень риска как низкий, средний или высокий. Приведем ряд групп причин, ранжированный по их суммарному баллу в данной выборке (табл. 1).

Таблица 1

Причины постановки на внутришкольный учет

Ранговое место	Суммарный балл	Наименование группы причин постановки на внутришкольный учет
1	2,74	Образование/трудова занятость
2	2,51	Личные качества/поведение
3	2,34	Семейные обстоятельства/выполнение родительских/опекунских обязанностей
4	1,56	Жизненные установки
5	1,51	Взаимоотношения со сверстниками
6	1,45	Досуг/свободное время
7	1,24	Совершенные в прошлом и текущие правонарушения/решения суда
8	0,64	Употребление наркотиков, алкоголя и иных ПАВ

При этом поведение мальчиков оценивается как значительно более рискованное, по сравнению с поведением девочек (рис. 1).



Рис. 1. Сравнение оценок уровня поведенческих рисков мальчиков и девочек, %

В целом поведение риска несовершеннолетних, стоящих на внутришкольном учете можно охарактеризовать следующим образом.

Значительная часть учащихся имеет опыт совершения правонарушений (62,2%) и даже общественно опасных деяний, подлежащих уголовной ответственности (16,3%). Такие подростки замечены в употреблении тех или иных психоактивных веществ (31,6%), что часто приводило к правонарушениям (15,8%). Они плохо успевают в школе (60,3%) и часто прогуливают занятия без уважительной причины (51,2%), а также плохо ведут себя в классе (37,8%) и школе (32,1%).

Причины поведения риска связываются в первую очередь с социально-организационными факторами и недостатками механизмов социального контроля. Подростки не получают адекватного воспитания в семье, его уровень недостаточен (58,9%), либо оно непоследовательно (58,9%), поведение ребенка с трудом поддается контролю (56,5%). У таких подростков отмечается непродуктивное использование времени (60,3%) и недостаточно организованный досуг (46,9%).

В меньшей степени причины поведения «риска» связываются с личностными качествами, жизненными установками, состоянием физического и психического здоровья и психо-эмоциональными проблемами подростков.

Возможно характер атрибутирования причин поведения «риска» связан с профилем специалистов, осуществляющих оценку. Можно предположить, что оценки психологов и психиатров акцентировались бы на личностных и эмоциональных факторах в большей степени, чем на социально-структурных.

Ниже приведены оценки для обследованной группы учащихся по каждому поведенческому блоку.

Характеристики личности

Блок 1. Совершенные в прошлом и текущие правонарушения/решения суда.

Две трети обследованной группы подростков совершали правонарушения, не повлекшие за собой привлечения ответственности (62,2%). Треть подростков совершали рецидивные правонарушения (35,4%). Случаи более тяжелой криминализации значительно более редки (рис. 2).

Здесь юноши составляют 40,6% группы, а девушки – 20,4%. По отношению к третьей по частоте характеристики поставленных на внутренний учет из этого блока – совершение общественно опасных деяний, подлежащих уголовной ответственности, но не повлекших ее по различным законным обстоятельствам, составившей 16,3% от группы причин этого блока. Разрыв между юношами (21,3%) и девушками (1,9%) здесь наибо-

лее значителен. Следующей по частоте в этой группе причин идет то, что несовершеннолетний привлекался к уголовной, гражданской, административной ответственности и в отношении него был вынесен приговор либо судебное решение – 9,1%. Только в этой группе причин наблюдается превышение доли девушек (11,1%) над долей юношей (8,4%). Очень мала среди характеристик, поставленных на внутришкольный учет, доля осужденных к лишению свободы либо несовершеннолетних неоднократно привлекавшихся к уголовной или иной ответственности (1%). Этот практически единичный случай был представлен юношей.

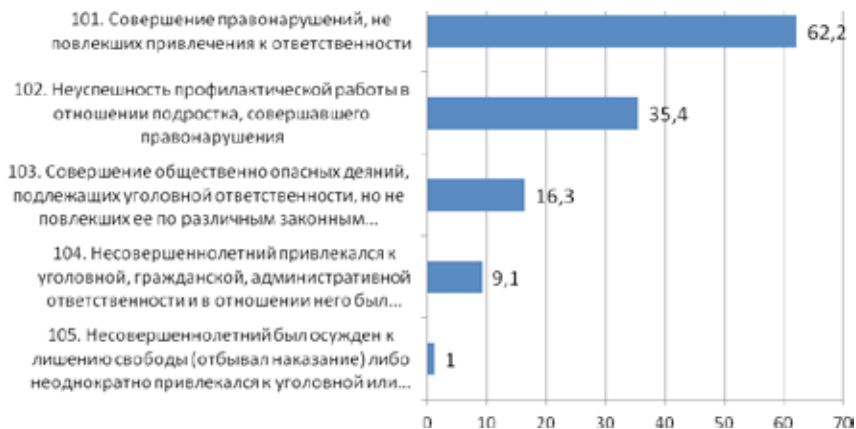


Рис. 2. Совершенные в прошлом и текущие правонарушения/решения суда (Блок 1.),%

Блок 2. Семейные обстоятельства/выполнение родительских/опекунских обязанностей

Поведение риска подростков во многом определяется семейными обстоятельствами, которые выражаются в непоследовательном воспитании (58,9%), неадекватном (слишком низком или слишком высоком) уровне контроля (58,9%) (рис. 3).

Соотношение юношей и девушек, поставленных по этой причине на внутришкольный учет, весьма сходно. Это 58,1% и 61,1%; 58,7% и 59,3% соответственно. Т. е., как можно видеть, в обоих случаях эти причины несколько более характерны для девушек. Далее следуют трудности в осуществлении контроля над поведением ребенка (56,5%) и плохие взаимоотношения: мать – ребенок (29,7%). Обе названные причины тоже более характерны для девочек (59,3% по сравнению с 55,5% для мальчиков), и 42,6% (по сравнению с 25,2% для мальчиков). Т. е. для второй

из этих причин различие выражено более резко. Плохие взаимоотношения: отец – ребенок являются причиной направления постановки на внутришкольный учет в 19,6% случаев, причем тут уже лидируют мальчики (20,6%, по сравнению с 16,7% для девочек). Замыкают причины постановки на внутришкольный учет этой группы применение неприемлемых и неадекватных дисциплинарных методов (12,0%), причем применяются такие методы тоже чаще к мальчикам (13,5% по сравнению с 7,4% для девочек). Возможно, выявляющиеся здесь половые различия обусловлены, хотя бы частично, формулировками вопросов.



Рис. 3. Семейные обстоятельства/выполнение родительских/опекунских обязанностей (Блок 2.),%

Блок 3. Образование/трудовая занятость

Успеваемость является одним из самых значимых показателей поведения ребенка для работников школы (рис. 4). На первом месте по частоте среди причин этого блока занимает низкая успеваемость (60,3%), более присущая юношам (61,9%), чем девушкам (55,5%). Затем следуют прогулы (51,2%), напротив, более характерные для девушек (64,8%), чем для юношей (46,5%). Далее в порядке снижения частоты, но не очень резко отличаясь друг от друга, следуют проблемы во взаимоотношениях с учителями (33,0%), присущие, напротив, скорее юношам (36,1%), чем девушкам (24,1%) и проблемы во взаимоотношениях со сверстниками (30,6%), также присущие скорее юношам (36,1%), чем девушкам (14,8%). Замыкает эту группу причин асоциальная позиция личности – не учится, не занимается общественно-полезной деятельностью (28,2%), присущая несколько чаще девушкам (29,6%), чем юношам (27,7%).



Рис. 4. Образование/трудоустройство (Блок 3.),%

Блок 4. Взаимоотношения со сверстниками

Непосредственное социальное окружение подростка играет важную роль в его социализации. Несмотря на то, что половина обследованной группы имеет друзей с асоциальными взглядами и установками (49,8%), можно сказать, что в целом подростки имеют круг общения, обычный для их сверстников (рис. 5).

Значимость этой причины направления практически одинакова для юношей (49,7%) и девушек (50,0%). Далее следует отсутствие или малое количество социально адаптированных друзей (42,6%), причем данная причина более характерна для юношей (47,1%), чем для девушек (29,6%). Третье место в этой группе причин занимает наличие друзей с асоциальными/антисоциальными взглядами и установками (32,5%), что больше характерно для юношей (34,8%), чем для девушек (25,9%). Завершает перечень причин данной группы отсутствие или малое количество социально адаптированных друзей (25,8%), причем значимость этой причины практически не различается у юношей и девушек (26,5% и 24,1% соответственно).

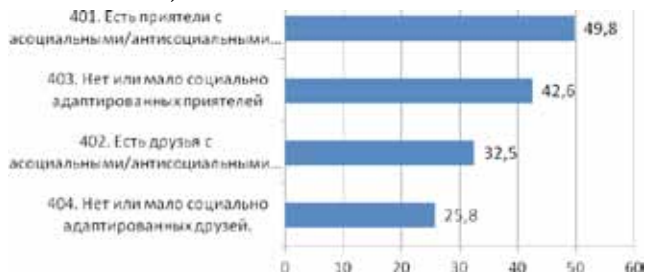


Рис. 5. Взаимоотношения со сверстниками (Блок 4.),%

Блок 5. Употребление наркотиков, алкоголя и иных ПАВ

Наиболее часто встречающейся причиной постановки на внутришкольный учет этой группы является употребление наркотиков, ингалянтов, а также алкоголя, хотя и редкое (31,6%). Такое употребление присуще чаще девочкам (37,0%), чем мальчикам (29,7%). Далее следуют правонарушения в результате употребления наркотиков или алкоголя (15,8%), которые, напротив, встречались чаще у мальчиков (16,8%), чем у девочек (13,0%). Значительно реже встречаются причины: употребление наркотиков, ингалянтов или алкоголя, которое препятствует нормальной деятельности (6,7% и чаще у мальчиков – 7,1%, чем у девочек – 5,6%) и систематическое употребление наркотиков или ингалянтов (5,7%, практически одинаково у мальчиков – 5,8% и девочек – 5,6%). Крайне редко такой причиной является систематическое употребление алкоголя (3,3%), причем различие между мальчиками (3,9%) и девочками (1,9%) здесь довольно заметное (рис. 6).



Рис. 6. Употребление наркотиков, алкоголя, иных психоактивных веществ (Блок 5.),%

Блок 6. Досуг/свободное время

Организация своего времени считается довольно предиктивным показателем уровня поведения «риска». Непродуктивное использование времени характерно для 60,3% учащихся обследованной группы, причем присущее скорее юношам (61,3%), чем девушкам (55,6%). Далее следуют: недостаточно организованный досуг (46,9%, почти в равной степени характерный для юношей (47,1%) и девушек (46,3%) и отсутствие личных интересов (37,8% в целом по выборке, 39,4% среди юношей, 31,5% среди девушек (рис. 7).

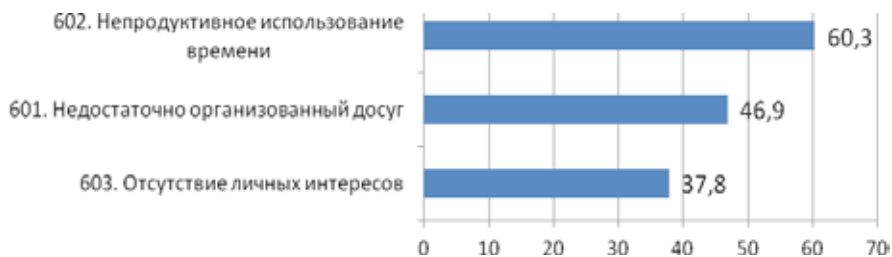


Рис. 7. Досуг/свободное время (Блок 6.),%

Блок 7. Личные качества/поведение

Из характеристик этой группы служит поводом для постановки на внутришкольный учет, в первую очередь, отсутствие чувства вины и ответственности за свои действия (48,3%), в большей мере характерное для юношей (52,3%), чем для девушек (35,2%). Далее следует завышенная или неустойчивая самооценка (47,8%), присущая, напротив, скорее девушкам (53,7%), чем юношам (45,8%). Последующие ранговые места занимают: склонность к вербальной (словесной) агрессии (41,1%), отмечающаяся одинаково часто у юношей и у девушек (41,9%); гиперактивность, нарушения внимания (36,8%), значительно более часто встречающаяся у мальчиков (43,9%), чем у девочек (16,7%); вспышки неконтролируемого гнева (31,1%), также наблюдающиеся чаще у мальчиков (34,2%), чем у девочек (22,2%); плохая переносимость неудач (23,9%). Это значение данной характеристики свойственно мальчикам, тогда как для девочек оно несколько ниже (24,1%). Замыкает эту группу причин склонность к физической агрессии (22,0%), характерная, прежде всего, для мальчиков (27,1%), но не для девочек (7,4%) (рис. 8).

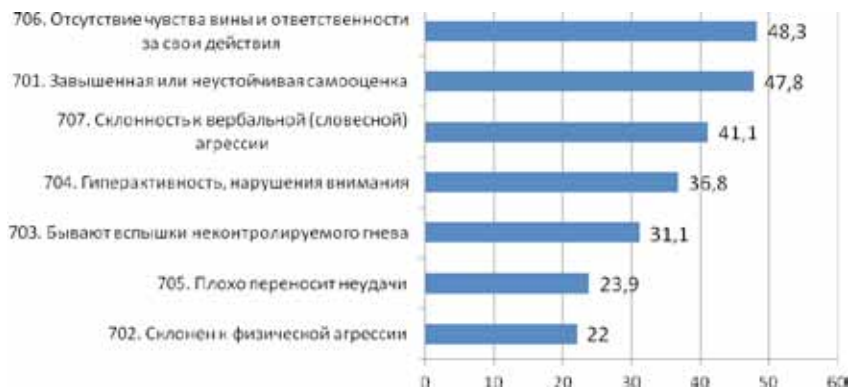


Рис. 8. Личные качества/поведение (Блок 7.),%

Блок 8. Жизненные установки

Наиболее частой причиной этой группы постановки на внутришкольный учет является не обращение за помощью (58,4%), чаще встречающееся у юношей (60,6%), чем у девушек (51,9%). Далее следует отвержение помощи (28,7%), характерное также скорее для юношей (31,0%), чем для девушек (22,2%); непризнание общественных авторитетов (26,8%), что опять же присуще в большей мере юношам (31,0%), а не девушкам (22,2%); не проявляет сочувствие, сопереживание, заботу (23,4%), что для юношей значительно более характерно (30,3%), чем для девушек (16,7%); антисоциальные/криминальные установки (18,7%), практически в одинаковой мере присущие и юношам (18,7%), и девушкам (18,5%). Такая оценка поведения учащихся, стоящих на внутришкольном учете, подчеркивает высокую актуальность развития методов ранней диагностики поведения «риска» среди этой социальной группы (рис. 9).

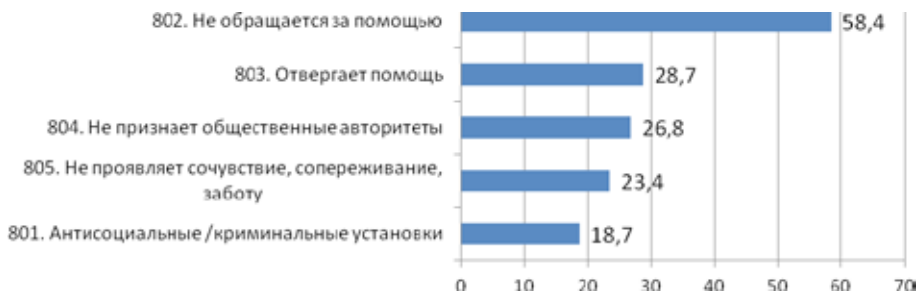


Рис. 9. Жизненные установки (Блок 8.),%

Представленные данные наглядно свидетельствуют о приоритетах в воспитательной деятельности школ в Колпинском районе. Наибольшее внимание уделяется вопросам получения образования и трудовой занятости подростков, а также их определенным личным качествам и поведению. Другими словами, и здесь приоритетом является основная образовательная деятельность школ как учреждений образования. Делинквентность подростков, а также употребление ими алкоголя, наркотиков и других ПАВ реже прочих причин является поводом постановки подростков на внутришкольный учет.

Характеристики биологического состояния и социального окружения подростка

Блок 9. Социально-психологические факторы риска

Среди причин, объединенных авторами методики в эту группу, первые места занимают: социально-педагогическая запущенность (44,0%), пре-

жде всего характерная для девочек (46,3%), а уже потом для мальчиков (43,2%); отсутствие или неучастие в воспитании одного или обоих родителей (36,4%), характерная, напротив, больше для мальчиков (38,1%), чем для девочек (31,5%); актуальные финансовые/жилищные проблемы родительской семьи (34,4%), отмечающиеся чаще у девочек (40,7%), чем у мальчиков (32,3%).

Далее следуют отсутствие сотрудничества со стороны родителей (33,0%), также отмечающееся чаще у девочек (38,9%), чем у мальчиков (31,0%); отсутствие у подростка жизненных планов и склонность к «девиантной карьере» (27,3%), свойственное скорее юношам (27,7%), чем девушкам (25,9%); злоупотребление родителями наркотиками/алкоголем (24,4%), присущее в большей мере семьям девочек (27,8%), а не мальчиков (23,2%); серьезные эмоциональные травмы в семье (22,5%), отмечающиеся чаще в семьях мальчиков (23,9%), по сравнению с девочками (18,5%).

Замыкают этот ряд причин криминальная наследственность (12,0%), имеющаяся чаще у юношей (12,3%), чем у девушек (11,1%); неблагоприятные жилищные условия (10,5%), наблюдающиеся чаще у девушек (13,0%), чем у юношей (9,7%); эмоциональное или психическое расстройство у одного или обоих родителей (7,2%), практически одинаково часто встречающееся в семьях юношей и девушек (7,1% и 7,4% соответственно).

Крайне редко поводом для постановки на внутришкольный учет становятся воспитательные практики в семье – жестокое обращение со стороны отца (1,4% – все мальчики), или матери (4,8%), которому чаще подвергаются девочки (5,6%), чем мальчики (4,5%). Столь же редки в качестве поводов постановки на внутришкольный учет угроза со стороны третьих лиц (1,4% – все мальчики) и зависимость от компьютерных или азартных игр (4,5% – также все мальчики). Наконец, проблемы с адаптацией в новой культурной/этнической среде испытывают 4,3% стоящих на внутришкольном учете подростка, причем это чаще юноши (5,2%), чем девушки (1,9%) (рис. 10).

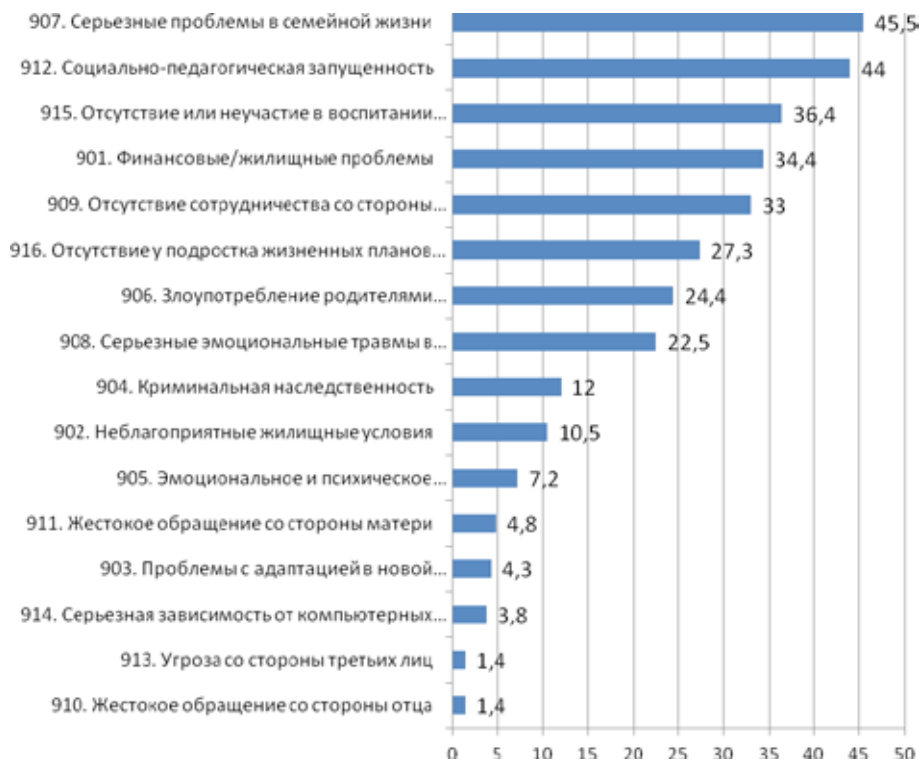


Рис. 10. Социально-психологические факторы риска (Блок 9.),%

Блок 10. Проблемы физического и психического здоровья

Здесь на первом месте среди причин постановки на внутришкольный учет находятся низкие умственные способности/задержка/отставание в развитии, отмечающееся в 24,4% случаев, причем страдают этим, в первую очередь, мальчики (27,7%), а не девочки (14,8%). На втором месте по частоте находятся проблемы со здоровьем, болезненность (20,1%), присущий чаще мальчикам (23,9%), чем девочкам (9,3%).

Далее следуют: сниженный эмоциональный тонус (15,8%), отмечающийся, прежде всего, у мальчиков (17,4%), а не у девочек (11,1%); наличие психического расстройства (6,7%, причем в 8,4% случаев это мальчики, и 1,9% – девочки); попытки суицида или самоповреждения (2,9%, мальчики –2,6%, девочки –3,7%) и инвалидность по какому-либо соматическому заболеванию (1,6%, практически все – мальчики) (рис. 11).



Рис. 11. Проблемы физического и психического здоровья (Блок 10),%

Блок 11. Психоэмоциональные проблемы

Среди этих особенностей учащихся, стоящих на внутришкольном учете, ведущее место занимают три, следующие друг за другом с небольшим разрывом. Прежде всего, это непризнание проблем в своем поведении или вины за свои действия (44,5%), которое отмечается чаще у мальчиков (47,1%), чем у девочек (37,0%); затем идут недостаточное развитие навыков разрешения конфликтов (44,0%), также присущее в большей мере мальчикам (47,1%), чем девочкам (35,2%) и трудности в обучении (43,5%), почти одинаково часто встречающееся и у мальчиков (43,2%), и у девочек (44,4%).

Несколько реже встречаются среди учетного внутришкольного контингента. Следующая группа характеристик учащихся, состоящих на внутришкольном учете, это недостаток/отсутствие коммуникативных навыков (26,8%), чаще отмечающееся у юношей (29,7%), чем у девушек (18,5%); неспособность противостоять влиянию старших и сверстников (26,3%), также чаще присущая юношам (29,0%), чем девушкам (18,5%); низкий уровень социальных навыков (22,0%), опять же характерный скорее для юношей (29,7%), чем для девушек (18,5%) и несоответствие круга общения возрасту (22,0%), что характерно в большей мере для девушек (27,8%), чем для юношей (20,0%). Замыкает эту группу характеристик низкая самооценка (14,8%), в большей мере также присущая девушкам (20,4%), по сравнению с юношами (12,9%) (рис. 12).

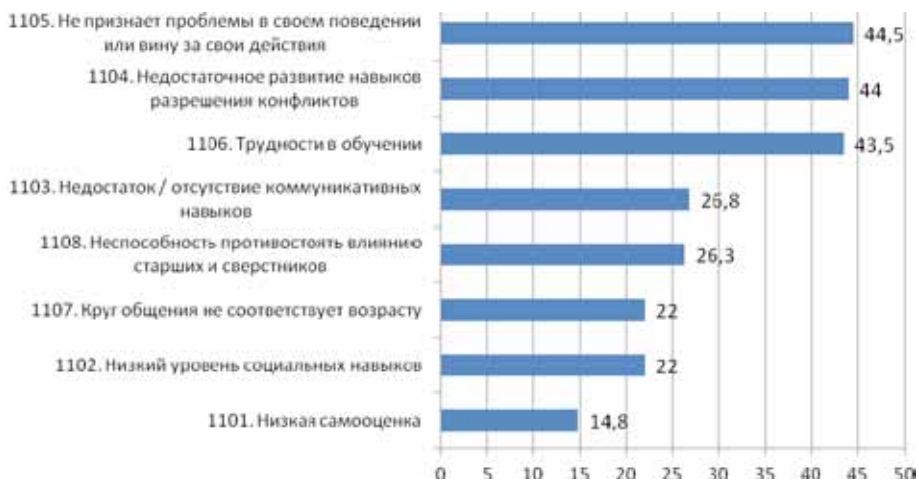


Рис. 12. Психологические проблемы (Блок 11),%

Блок 12. Предыстория криминализации

Наиболее частым поводом постановки на внутришкольный учет здесь является нахождение в поле зрения административных и правоохранительных органов, опеки (45,5%); чаще это девушки (51,9%), а не юноши (43,2%). Весьма невысока представленность других характеристик названной группы. Так, побеги из дома, учреждений закрытого типа, бродяжничество в прошлом отмечается лишь у 6,8% стоящих на внутришкольном учете подростков (чаще у девушек – 7,4%, чем у юношей – 5,8%); экстремизм во взглядах, нетерпимость к отдельным социальным группам – у 2,8%, только у юношей; поджоги или попытки поджогов в прошлом (1,6%, практически одинаково среди юношей и среди девушек). Жертвами физического/сексуального преступления (подвергались насилию) были 4,2% подростков, чаще девушки (3,7%), чем юноши (0,6%); применяли физическое/сексуальное насилие в прошлом по отношению к другим (0,6%, только юноши); применяли насилие в отношении старших по возрасту или статусу (0,6%) (рис. 13).



Рис. 13. Предыстория криминализации (Блок 12),%

Конечно, далеко не во всех случаях постановка на внутришкольный учет влечет за собой представление ребенка/подростка на районную комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав (далее – Комиссия). В компетенцию Комиссии входит применение мер социального контроля, присущих макроуровню контроля, т. е. применяемых обществом в целом, и которые не могут быть предложены на уровне школы – микроуровне. Однако последующее их осуществление вновь передается на микроуровень.

В целях выявления характеристик, способствующих переходу контроля на макроуровень с присущими именно ему дисциплинарно-карательными практиками, было произведено расслоение всей совокупности стоящих на внутришкольном учете на подгруппы направленных на Комиссию, т. е. тех, социальный контроль над которыми перешел на макроуровень, и не направленных на Комиссию, т. е. тех, социальный контроль над которыми остался на микроуровне.

Затем был рассчитан показатель дельта, отражающий различие во встречаемости каждой изученной характеристики в каждой из подгрупп. Естественно, что в подгруппе подростков, направленных на Комиссию, частота ряда характеристик оказалась выше той, которая устанавливается для подгруппы не направленных на Комиссию. Это различие было оценено по критерию хи-квадрат. При этом различие, устанавлива-

емое на уровне 0,01%, интерпретировалось как очень сильное, на уровне 1% – как сильное и на уровне 5% – как существенное. Рассмотрим эти выявленные различия по блокам вопросника (табл. П. 2., правая часть).

Рассмотрим такое значение характеристик, связанных с личностью подростка. Из характеристик 1-го блока «Совершенные в прошлом и текущие правонарушения/решения суда» очень большой предиктивной силой для направления на Комиссию, обладают: совершение правонарушений, не повлекших привлечения к ответственности; неуспешность профилактической работы в отношении подростка, совершавшего правонарушения; совершение общественно опасных деяний, подлежащих уголовной ответственности, но не повлекших ее по различным законным обстоятельствам. Очень большая предиктивная сила присуща и этому блоку характеристик в целом.

Во втором блоке причин направления на Комиссию – «семейные обстоятельства/выполнение родительских/опекунских обязанностей» обнаруживается существенное влияние следующих характеристик: трудности в осуществлении контроля над поведением ребенка и непоследовательное воспитание. Общая же предиктивность входящих в блок характеристик оказалась высокой.

В блоке 3 причин направления на Комиссию, – «образование/трудовая занятость», – существенен «вклад» характеристик: плохое поведение в школе, прогулы, не учится, не занимается общественно-полезной деятельностью. Однако общая предиктивность характеристик этого блока так же всего лишь высокая.

Четвертый блок причин направления на Комиссию – «взаимоотношения со сверстниками», – включает в себя с очень большой предиктивной силой наличие друзей с асоциальными/антисоциальными взглядами и установками, с большой силой – отсутствие или малое количество социально адаптированных приятелей, отсутствие или малое количество социально адаптированных друзей, существенной предиктивной силой здесь обладает наличие приятелей с асоциальными/антисоциальными взглядами и установками. Предиктивность характеристик этого блока в целом очень высока.

Из характеристик 5-го блока – «употребление наркотиков, алкоголя и иных ПАВ» очень сильными предикторами являются редкое употребление наркотиков, ингалянтов, а также алкоголя и эпизоды, когда в результате употребления наркотиков или алкоголя случались правонарушения. Сильный предиктор – систематическое употребление алкоголя, а существенную связь с вероятностью направления на Комиссию обна-

руживают систематическое употребление наркотиков или ингалянтов и случаи, когда употребление наркотиков, ингалянтов или алкоголя препятствует нормальной деятельности. Предиктивность характеристик данного блока в целом также очень высока.

Шестой блок, – «досуг/свободное время», – очень сильно представлен отсутствием личных интересов подростка (спорта, хобби, чтения и т. д.) и сильно – недостаточно организованным досугом (не посещает спортивные секции, кружки и т. д.), а также непродуктивным использованием времени. В целом же предиктивность данного блока очень высока.

Из характеристик 7-го блока причин направления на Комиссию, – «личные качества/поведение» сильно связано с представлением на Комиссию отсутствие чувства вины и ответственности за свои действия. Существенную же связь обнаруживают признаки вспышек неконтролируемого гнева и гиперактивность, нарушения внимания. Однако в целом предиктивность признаков данного блока очень сильна.

Восьмой блок, – «жизненные установки», – представлен очень сильной связью с характеристиками отвержения помощи, непризнания общественных авторитетов, сильной связью – с характеристиками антисоциальных/криминальных установок и не обращения за помощью. Существенная же связь направления на Комиссию имеется с отсутствием проявлений сочувствия, сопереживания, заботы. В целом же связь этих характеристик с направлением также очень высока.

Таким образом, только характеристики 2-го блока «семейные обстоятельства/выполнение родительских/опекунских обязанностей» и 3-го блока «образование/трудовая занятость» являются «сильными» причинами направления на Комиссию, т. е. иногда могут и не влечь за собой такое направление. Характеристики же всех других блоков, даже при незначительной предиктивности некоторых из них, влекут за собой представление на Комиссию почти всегда.

Теперь рассмотрим значение характеристик биологического состояния и социального окружения подростка. Из характеристик, объединенных авторами в 9-й блок «социально-психологических факторов риска», «очень сильными» предикторами направления на Комиссию являются: социально-педагогическая запущенность и отсутствие у подростка жизненных планов при склонности к «девиантной карьере». «Сильными» же предикторами являются: серьезные эмоциональные травмы в семье; отсутствие сотрудничества со стороны родителей; отсутствие или неучастие в воспитании одного или обоих родителей. В качестве «существенных» причин направления на Комиссию является злоупо-

ребление родителями наркотиками/алкоголем и серьезная зависимость от компьютерных или азартных игр.

Из характеристик 10-го блока, – «проблемы физического и психического здоровья», – только одна характеристика показала связь, причем очень сильную, с направлением подростка на Комиссию. Это наличие психического расстройства.

Характеристики 11-го блока, – «психоэмоциональные проблемы», – практически не являются причинами направления на Комиссию, за исключением недостатка/отсутствия коммуникативных навыков, играющих здесь «существенную» роль.

Из приведенных данных нетрудно заключить, что в деятельности Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав:

1. Сохраняются традиционные приоритеты в деятельности, включающие в себя проблемы соблюдения норм и правил поведения подростком, его учебной и (будущей) производственной деятельности.

2. Проблемы, связанные с психобиологическим функционированием подростка, его ближайшим социальным окружением, работники школ пытаются решать самостоятельно, не полагаясь на практическую помощь членов Комиссии.

3. Таким образом, большинство современных трудностей в учебно-воспитательной деятельности, таких, как насилие в семье, нарко- и алкопотребление подростков, их преждевременное сексуальное взросление, этнокультурная адаптация и т. п. работникам школ приходится преодолевать самостоятельно.

4. Отсутствие адекватного диагностического и коррекционного инструментария затрудняет разрешение работниками школ намеченных проблем.

5. Ряд действительно серьезных и актуальных проблем современной российской школы не может быть не только решен, но и даже выявлен без помощи подобного инструментария.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В мировой практике работы с девиантными подростками все шире применяются формализованные методы оценки риска повторных правонарушений, опасности сексуальных, насильственных и т. п. действий с их стороны. Такие методики специфичны для разных этапов прохождения подростка через систему социального наказания и зачастую помогают выбрать оптимальный путь работы с подростком.

Несмотря на относительно незначительный период применения подобных методов уже достаточно строго установлено преимущество их использования по сравнению с сугубо качественными оценками. В нашей стране подобная работа только начинается, но с нарастанием уровня и тяжести подростковых девиаций в стране в дальнейшем она, несомненно, будет интенсифицироваться. Поэтому предлагаемое учебно-методическое пособие следует рассматривать лишь как первый отечественный опыт в названном направлении, за которым последуют другие, несомненно, более совершенные.

ЛИТЕРАТУРА

1. Barnicot K., Katsakou C., Marougka S., Priebe S. Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder – a systematic review and meta-analysis//ActaPsychiatrScand.2011. N 123. P.327–338.
2. Clark R. D., Shields G. Family communication and delinquency//Adolescence.1997.N 32 (125). P. 81–89.
3. Clear T.R. The design and implementation of classification systems. Federal Probation. 1995. N 59 (2). P. 58–61.
4. de Girolamo G., Reichj H. Personality disorders. Geneva: World Health Organization. 1993.
5. Gordon R. An operational classification of disease prevention//Preventing Mental Disorders/ed. by J. A. Steinberg, M. M. Silverman. Rockville (MD), 1987.
6. Hannah-Moffat K., Maurutto P. Youth risk//Need assessment: an overview of issues and practices. Youth Justice Policy. 2003.
7. Hart S. D., Hare R. D. Psychopathy: assessment and association with criminal conduct//Handbook of antisocial behavior/ed. by D.M. Stoff, J. Brieling, J. Maser. NewYork: Wiley. 1997. P. 22–35.
8. Hoge R. D., Andrews D. A. The Youth level of service//Case Management Inventory™ (YLS/CMI™): User's Manual. Toronto, Canada: MultiHealthServices. 2002.
9. Hoge R. D., Andrews D. A., Leschied A. W. Tests of three hypotheses regarding the predictors of delinquency//J. of Abnormal Psychology. 1994. N 22 (5), P. 547–557.
10. Lettieri D. J., Sayers M., Pearson H. W. Theories on drug abuse. Selected Contemporary Perspectives. NIDA. 1980.
11. Mason A. Self-Esteem and delinquency revisited (again): a test of Kaplan's self-derogation theory of delinquency using latent growth curve modeling//J. of Youth and Adolescence. 2001. N 30 (1), P. 83–101.
12. Matherne M., Thomas A. Family environment as a predictor of adolescent delinquency//Adolescence. 2001. N 36 (144), P. 655–664.
13. Millon T., Simonsen E., Birkett-Smith M. Historical conceptions of psychopathy in the USA and Europe//Psychopathy: antisocial, criminal and violent behavior/ed. by T. Millon, E. Simonsen, M. Birkett-Smith, R. D. Davis. NY. London.2003.
14. Risk and needs assessment for juvenile offenders. New Mexico. Criminal and Juvenile Justice Coordinating Council. 1996.N. 10.
15. Schwalbe C. S. Risk assessment for juvenile justice: ameta-analysis//Law Human Behavior. 2007. N 31. P. 449–462

16. Screening and assessing mental health and substance use disorders among youth in the juvenile justice system. A resource guide for practitioners. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. 2004.

17. Serin R. C. Diagnosis of psychopathology with and without an interview//J. of Clinical Psychology. 1993. N 49.P. 367–372.

18. Siegfried C. B., Ko S. J., Kelley A. Victimization and Juvenile Offending. National Child Traumatic Stress Network. 2004.

19. Sutker P. B. Psychopathy: traditional and clinical antisocial concepts// Progress in experimental personality and psychopathology research, 1994. P. 73–120.

20. Vitaro F., Brendgen M., Tremblay, R. E. Influence of deviant friends on delinquency: searching for moderator variables//J. of Abnormal Child Psychology. 2000. N 28 (4). P. 313–322.

21. Wiebush R., Freitag R., Bair, C. Preventing delinquency through improved child protection services. U. S. Department of Justice. Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. 2001.

22. Wong S., Hare R. D. Program guidelines for the institutional treatment of violent psychopathic offenders. Toronto. 2005.

23. Бехтерев В. М. Психопатия (психонервная раздражительная слабость) и её отношение к вопросу о вменении. Казань. 1886.

24. Булгакова М. В., Дозорцева Е. Г., Дрейзин А. А. и др. Методическое руководство по использованию метода «Оценки рисков и возможностей» (ОРВ) в организации социально-психологического сопровождения несовершеннолетних правонарушителей//Серия «Работа с детьми группы риска» Выпуск 17. М.: РБФ НАН, 2009.

25. Волохов А. А. Закономерности онтогенеза нервной деятельности. М., 1951.

26. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий. Их статика, динамика, систематика. М.: Север, 1933.

27. Гишинский Я. И. Война с наркотиками или мирное сосуществование//сб. тезисов конференции по проблемам девиантного поведения. – СПб. 1998.

28. Гишинский Я. И. Девиантология: социология преступности, наркотизма, проституции, самоубийств и других «отклонений». СПб.: Изд-во «Юридический центр Пресс», 2004.

29. Гишинский Я. И. Социология девиантного поведения и социального контроля//Социология в России/под ред. В. А. Ядова. 2-е изд., перераб. и дополн. М. Издательство Института социологии РАН, 1998. С. 696–734.

30. Гишинский Я. И. Творчество: норма или отклонение?//Социологические исследования. 1990. № 2. С. 41–49.
31. Гишинский Я., Гурвич И., Русакова М. и др. Девиантность подростков: теория, методология, эмпирическая реальность. СПб. 2001.
32. Гурвич И. Н. Социальная психология здоровья. СПб.: Изд-во Санкт-Петербургского университета. 1999. 1023 с.
33. Гурвич И. Н., Гурвич Ф. И. Соотношение личностно-психологического и психопатологического подходов к прогнозу профессиональной успешности сотрудников ОВД//Проблемы и перспективы подготовки практических психологов в образовательных учреждениях МВД России (посвящается памяти В. Л. Васильева): материалы межвузовского семинара. СПб. 2011. С. 112–115.
34. Гурвич И. Н. и др. Употребление алкоголя в России: история, статистика, психология. СПб. 2008.
35. Гурьева В. А., Макушкин Е. В. Введение в подростковую судебную психиатрию//Медицинская и судебная психология. Курс лекций: учебное пособие/под ред. Т. Б. Дмитриевой, Ф. С. Сафуанова. – 2-е изд., испр. М.: Генезис, 2005. С. 183–205.
36. Дрейзин А., Дозорцева Е., Зыков О. и др. Метод структурированной оценки рисков совершения повторных правонарушений и возможностей реабилитации несовершеннолетнего «оценка рисков и возможностей» (ОРВ). М.: РБФ НАН. 2010. 40 с.
37. Дубровский Р. Г. Организация системы профилактики наркомании органами местного самоуправления. Методическое пособие. СПб: Медпресса, 2011.
38. Дюркгейм Э. Норма и патология//Рубеж: Альманах социальных исследований. 1993. № 4. С. 86–98.
39. Дюркгейм Э. О разделении общественного труда. Метод социологии. М. 1991.
40. Каплан Г., Сэдок Б. Клиническая психиатрия. В 2-х т. Т. 1. Пер. с англ. М., 1994.
41. Кербинов О. В. К учению о динамике психопатий//Проблемы судебной психиатрии. М., 1961. С. 5–32.
42. Кисель М. А. Нормативизм социологический//Современная западная социология: словарь. М. 1990. С. 228.
43. Корсаков С. С. Курс психиатрии: изд. 2-е (посмертное). М. 1901.
44. Краснушкин Е. К. Избранные труды. М.: Медгиз, 1960.
45. Кречмер Э. Медицинская психология. М., 1927.
46. Кречмер Э. Стрoение тела и характер. М.-Л.: Госиздат, 1930.

47. Кудрявцев В. Н., Кудрявцев Ю. В., Нерсисянц В. С. Социальные отклонения: Введение в общую теорию. 2-е изд. М.: Юридическая литература, 1989.

48. Лабковская Е. Б. Юридическая психология. Теории девиантного поведения: Учебное пособие. СПб.: СПбГУ, 2000.

49. Лисовский В. Т., Колесникова Э. А. Наркотизм как социальная проблема//Человек и общество. Вып. 30. 2001.

50. Личко А. Е. Подростковая психиатрия (Руководство для врачей). Л.: Медицина, 1979.

51. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Клинические описания и указания по диагностике. Глава V. Классификация психических и поведенческих расстройств//ВОЗ. Санкт-Петербург. АДИС. 1994.

52. Мертон Р. Социальная теория и социальная структура. Социальная структура и аномия//Социологические исследования. 1992. № 2. С. 4.

53. Пережогин Л. О. Клинические критерии применения статьи 22 УК РФ при судебно-психиатрической экспертной оценке расстройств личности//Российский психиатрический журнал. 2000. № 3. С. 37–42.

54. Пережогин Л. О. Судебно-психиатрическая оценка расстройств личности с учетом положений ст. 22 УК РФ//Автореф. диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. М., 2001.

55. Петраков Б. Д., Цыганков Б. Д. Эпидемиология психических расстройств. М. 1996.

56. Положение с потреблением психоактивных веществ среди сельских подростков-школьников в России. Данные мониторинга 2001–2002. М.: ЦНИИОИЗ, 2003.

57. Пригожин И., Стенгерс И. Порядок из хаоса: новый диалог человека с природой: пер. с англ. 4-е изд., стер. М.: Едиториал УРСС. 2003.

58. Психические расстройства (диагностика и терапия в общей медицинской практике): краткое руководство/под ред. Ю. А. Александровского. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.

59. Сербский В. П. Судебная психопатология. М., 1900.

60. Смелзер Н. Социология. М.: Феникс, 1994. С. 403.

61. Смулевич А. Б. Пограничные психические нарушения//Научный центр психического здоровья РАМН. 2012. URL: <http://ncpz.ru/lib/54/book/35> (дата обращения: 22.09.2012).

62. Смулевич А. Б. Расстройства личности (психопатии): руководство по психиатрии//под ред. А. С. Тиганова. М., 1999. Т. 2. С. 558–606.

63. Социология преступности//Пер. с англ. А.С. Никифорова, А. М. Яковлева. М.: Прогресс, 1966.
64. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М. 1959. Т. II. С. 7–23.
65. Фелинская Н. И. О понятии и классификации пограничных состояний//Проблемы судебной психиатрии (пограничные состояния): науч. труды/под ред. Г.В. Морозова. М. 1970. Вып. 19. С. 19–35.
66. Цветкова Л. А., Антонова Н. А. Употребление ПАВ среди учащихся в возрасте 15–16 лет в СЗФО РФ//Материалы международной научно-практической конференции молодых ученых «Психология XXI века». СПб.: Изд-во СПбУ. 2011. С. 536–537.
67. Цветкова Л. А., Гурвич И. Н., Антонова Н. А., Дубровский Р.Г. Изучение употребления психоактивных веществ среди учащихся в возрасте 15–16 лет в Северо-Западном федеральном округе РФ. Аналитический отчет. 2011. URL: <http://psy.spbu.ru/science/otchet.pdf> (дата обращения: 15.09.2012).
68. Цветкова, Л. А. Социальная психология наркотизма в студенческой среде/Л. А. Цветкова. – Санкт-Петербург: Коло, 2011.
69. Шабалина В. В. Психология зависимого поведения: на примере поведения, связанного с употреблением наркотиков и других психоактивных веществ. СПб. 2004.
70. Шнайдер К. Клиническая патопсихология. 14-е неизменное изд. М.: Сфера, 1999.
71. Шостакович Б. В. Расстройства личности – психопатии в современных психиатрических классификациях//Ж. невропат.и психиатр. им. Корсакова. 1988. № 11. С. 1879–84.
72. Яковлев А. М. Социология экономической преступности/под ред. В. Н. Кудрявцева. М.: Наука, 1988.

Приложение 1

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ

СТРУКТУРИРОВАННОЙ ОЦЕНКИ РИСКОВ СОВЕРШЕНИЯ ПРАВОНАРУШЕНИЙ И ВОЗМОЖНОСТЕЙ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО –

ОЦЕНКА РИСКОВ И ВОЗМОЖНОСТЕЙ (ОРВ)

Анкета заполняется ответственным специалистом на учащегося
ФАМИЛИЯ, ИМЯ И ОТЧЕСТВО СПЕЦИАЛИСТА _____
001 ДОЛЖНОСТЬ _____

002 ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО УЧАЩЕГОСЯ _____

ВНИМАНИЕ! Все последующие вопросы будут касаться этого УЧАЩЕГОСЯ

003 ПОЛ 1. Мужской 2. Женский

004 ДАТА РОЖДЕНИЯ ПОДРОСТКА [ДД] [ММ] [ГГ]

005 ДАТА ПОСТАНОВКИ НА УЧЕТ (Укажите только те сведения, которые Вам известны).

1. Внутришкольный	2. ОДН	3. ПНД	4. ГНД
[ДД] [ММ] [ГГ]	[ДД] [ММ] [ГГ]	[ДД] [ММ] [ГГ]	[ДД] [ММ] [ГГ]

ЧАСТЬ I: ОЦЕНКА РИСКА И ВОЗМОЖНОСТЕЙ (ОРВ)

БЛОК 1: СОВЕРШЕННЫЕ В ПРОШЛОМ И ТЕКУЩИЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ/РЕШЕНИЯ СУДА

101. Совершение правонарушений, не повлекших привлечения к ответственности (отмечается, если подросток был поставлен на учет или рассматривался на заседании КДН)
102. Неуспешность профилактической работы в отношении подростка, совершавшего правонарушения (совершает правонарушения, несмотря на профилактическую работу)
103. Совершение общественно опасных деяний, подлежащих уголовной ответственности, но не повлекших ее по различным законным обстоятельствам (ч. 1, ч. 3 ст. 20 УК РФ, ст. 76 УК РФ)
104. Несовершеннолетний привлекался к уголовной, гражданской, административной ответственности и в отношении него был вынесен приговор либо судебное решение (т. е. был осужден, но в отношении него применена условная мера наказания, либо он был освобожден от отбывания наказания вследствие ст. 92 УК РФ)
105. Несовершеннолетний был осужден к лишению свободы (отбывал наказание) либо неоднократно привлекался к уголовной или иной ответственности
106. Итого количество отмеченных пунктов. Оценка уровня риска: Низкий (0), Средний (1–2), Высокий (3–5)

БЛОК 2: СЕМЕЙНЫЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА/ВЫПОЛНЕНИЕ РОДИТЕЛЬСКИХ/ОПЕКУНСКИХ ОБЯЗАННОСТЕЙ*

*Внимание!!! Если при отсутствии родителей их заменяют опекуны, все последующие вопросы относятся к ним.

	201. Неадекватный уровень контроля (отсутствие контроля либо, наоборот, гиперопека)
	202. Трудности в осуществлении контроля над поведением ребенка (не подчиняется указаниям, реагирует на них агрессивно)
	203. Применение неприемлемых и неадекватных дисциплинарных методов (наказания несоизмеримые проступкам, уничтожение личности ребенка, угрозы, принуждение)
	204. Непоследовательное воспитание (противоречия в воспитательных воздействиях, отсутствие понятных правил поведения)
	205. Плохие взаимоотношения: отец – ребенок (излишне напряженные либо, наоборот, отчужденные взаимоотношения; являются проблемой для подростка даже во время отсутствия отца или после смерти отца)
	206. Плохие взаимоотношения: мать – ребенок (излишне напряженные либо, наоборот, отчужденные взаимоотношения. Являются проблемой для подростка даже во время отсутствия или после смерти матери)
	207. Итого количество отмеченных пунктов. Оценка уровня риска: Низкий (0–2), Средний (3–4), Высокий (5–6)

БЛОК 3: ОБРАЗОВАНИЕ/ТРУДОВАЯ ЗАНЯТОСТЬ

	301. Плохое поведение в классе (на уроке) (создает проблемы остальным ученикам)
	302. Плохое поведение в школе (совершает агрессивные или противоправные поступки)
	303. Низкая успеваемость (не учится в силу своих возможностей или не имеет достаточных базовых знаний)
	304. Проблемы во взаимоотношениях со сверстниками (замкнут, конфликтует с остальными учениками или не принимается коллективом)
	305. Проблемы во взаимоотношениях с учителями (вражда, регулярные конфликты)
	306. Пропуски (пропускает уроки и учебные дни без уважительных причин)
	307. Не учится, не занимается общественно-полезной деятельностью (не планирует дальнейшее обучение и карьеру)
	308. Итого количество отмеченных пунктов. Оценка уровня риска: Низкий (0), Средний (1–3), Высокий (4–7)

БЛОК 4: ВЗАИМООТНОШЕНИЯ СО СВЕРСТНИКАМИ

	401. Есть приятели с асоциальными/антисоциальными взглядами и установками (т. е. у подростка есть приятели из числа тех, кто был осужден или находится под следствием/судом, или имеет асоциальные взгляды)
	402. Есть друзья с асоциальными/антисоциальными взглядами и установками Внимание! Если Вы отметили этот пункт, также следует отметить пункт 401
	403. Нет или мало социально адаптированных друзей (которые могут служить образцом для подражания).
	404. Нет или мало социально адаптированных друзей. (Внимание! Этот пункт не отмечается, если у подростка имеется как минимум 2 «положительных» друга).
	405. Итого количество отмеченных пунктов. Оценка уровня риска: Низкий (0–1), Средний (2–3), Высокий (4)

БЛОК 5: УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ, АЛКОГОЛЯ, ИНЫХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

	501. Редкое употребление наркотиков, ингалянтов, а также алкоголя (Внимание! Данный пункт НЕ отмечают, если подросток прекратил употреблять ПАВ больше года назад)
	502. Систематическое употребление наркотиков или ингалянтов (как минимум два раза в неделю) Внимание! Если Вы отметили этот пункт, также следует отметить пункт 501
	503. Систематическое употребление алкоголя (чаще трех раз в неделю) Внимание! Если Вы отметили этот пункт, также следует отметить пункт 501
	504. Употребление наркотиков, ингалянтов или алкоголя препятствует нормальной деятельности (ограничивает физические или социальные возможности подростка)
	505. В результате употребления наркотиков или алкоголя случались правонарушения
	506. Итого количество отмеченных пунктов. Оценка уровня риска: Низкий (0), Средний (1–2), Высокий (3–5)

БЛОК 6: ДОСУГ/СВОБОДНОЕВРЕМЯ

	601. Недостаточно организованный досуг (не посещает спортивные секции, кружки и т. д.)
	602. Непродуктивное использование времени (проводит слишком много времени, по сравнению с другими подростками, за бесцельными занятиями)
	603. Отсутствие личных интересов (спорта, хобби, чтения и т. д.)
	604. Итого количество отмеченных пунктов. Оценка уровня риска: Низкий (0), Средний (1), Высокий (2–3)

БЛОК 7: ЛИЧНЫЕ КАЧЕСТВА/ПОВЕДЕНИЕ

	701. Завышенная или неустойчивая самооценка (самоумнение или самоуничижение)
	702. Склонен к физической агрессии (вместо конструктивных способов улаживания противоречий с другими людьми)
	703. Бывают вспышки неконтролируемого гнева
	704. Гиперактивность, нарушения внимания (не может сосредоточиться на задаче)
	705. Плохо переносит неудачи (занимает оборонительно – агрессивную позицию)
	706. Отсутствие чувства вины и ответственности за свои действия
	707. Склонность к вербальной (словесной) агрессии (часто использует грубые, оскорбительные или угрожающие выражения)
	708. Итого количество отмеченных пунктов. Оценка уровня риска: Низкий (0), Средний (1–4), Высокий (5–7)

БЛОК 8: ЖИЗНЕННЫЕ УСТАНОВКИ

	801. Антисоциальные/криминальные установки (ориентирован на асоциальную или криминальную карьеру)
	802. Не обращается за помощью
	803. Отвергает помощь (<i>сопротивляется попыткам оказать ему личную или профессиональную помощь</i>)
	804. Не признает общественные авторитеты (<i>подросток отказывается выполнять указания родителей, преподавателей; враждебно относится к представителям правоохранительных и правоприменительных органов; подвержен «криминальной романтике»</i>)
	805. Не проявляет сочувствие, сопереживание, заботу
	806. Итого количество отмеченных пунктов. Оценка уровня риска: Низкий (0), Средний (1–3), Высокий (4–5)

Дата оценки [ДД] [ММ] [ГГ]

ЧАСТЬ II: ОБОБЩЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА/ВОЗМОЖНОСТЕЙ
(данные из Части I)

БЛОКИ 1–8	Оценка уровня риска Поставьте соответствующий балл и подчеркните нужную оценку (из Части I)	Отягчающие ФАКТОРЫ	Потенциальные РЕСУРСЫ/ВОЗМОЖНОСТИ преодоления проблемы
1. Предыдущие и текущие преступления	[] Низкий Средний Высокий		
2. Семейные факторы	[] Низкий Средний Высокий		
3. Образование	[] Низкий Средний Высокий		
4. Взаимоотношения со сверстниками	[] Низкий Средний Высокий		
5. Злоупотребление алкоголем и наркотиками	[] Низкий Средний Высокий		
6. Отдых досуг	[] Низкий Средний Высокий		
7. Личные качества	[] Низкий Средний Высокий		
8. Жизненные установки	[] Низкий Средний Высокий		
Общий балл (сумма)*:	[]		

* Подчеркните соответствующую оценку уровня риска: | Низкий (0–8) | Средний (9–26) | Высокий (27–34) | Очень высокий (35–42)|

ЧАСТЬ III: ОЦЕНКА ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА/ВОЗМОЖНОСТЕЙ

Блок 9. Социально-психологические факторы риска	
	901. Финансовые/жилищные проблемы (которые семья переживает в настоящее время)
	902. Неблагоприятные жилищные условия (отсутствуют минимально-необходимые условия)
	903. Проблемы с адаптацией в новой культурной/этнической среде
	904. Криминальная наследственность (наличие судимостей у родителей, братьев, сестер)
	905. Эмоциональное и психическое расстройство родителей
	906. Злоупотребление родителями наркотиками/алкоголем
	907. Серьезные проблемы в семейной жизни (конфликт, развод, болезнь, смерть родителей)
	908. Серьезные эмоциональные травмы в связи с проблемами в семье
	909. Отсутствие сотрудничества со стороны родителей: один или оба родителя не интересуются проблемами подростка, не принимают участия в их решении
	910. Жестокое обращение со стороны отца: отец проявляет физическое, эмоциональное или сексуальное насилие в отношении кого-то из членов семьи
	911. Жестокое обращение со стороны матери: мать проявляет физическое, эмоциональное или сексуальное насилие в отношении кого-то из членов семьи
	912. Социально-педагогическая запущенность
	913. Угроза со стороны третьих лиц
	914. Серьезная зависимость от компьютерных или азартных игр
	915. Отсутствие или неучастие в воспитании одного или обоих родителей
	916. Отсутствие у подростка жизненных планов и склонность к «девиантной карьере»
Блок 10. Проблемы физического и психического здоровья	
	1001. Проблемы со здоровьем, болезненность
	1002. Инвалидность по какому-либо соматическому заболеванию
	1003. Наличие психического расстройства
	1004. Низкие умственные способности/задержка/отставание в развитии
	1005. Сниженный эмоциональный тонус: у подростка часто наблюдается сниженное настроение, апатия, пессимизм
	1006. Попытки суицида или самоповреждения
Блок 11. психо-эмоциональные проблемы	
	1101. Низкая самооценка
	1102. Низкий уровень социальных навыков (плохо справляется с социальными ситуациями)
	1103. Недостаток/отсутствие коммуникативных навыков

	1104. Недостаточное развитие навыков разрешения конфликтов
	1105. Не признает проблемы в своем поведении или вину за свои действия
	1106. Трудности в обучении (не справляется с учебной программой)
	1107. Круг общения не соответствует возрасту (сильно младше или старше)
	1108. Неспособность противостоять влиянию старших и сверстников
Блок 12. Предыстория криминализации	
	1201. Жертва физического/сексуального преступления (подвергался насилию)
	1202. Проблемы сексуального развития и поведения (вовлечен в незаконные и/или неприемлемые сексуальные действия, например, проституция, эксгибиционизм и др.)
	1203. Случаи физического/сексуального насилия в прошлом по отношению к другим
	1204. Насилие в отношении старших по возрасту или статусу (учителей, родителей и т. д.)
	1205. Поджоги или попытки поджогов в прошлом
	1206. Экстремизм во взглядах, нетерпимость к отдельным социальным группам
	1207. Побег из дома, учреждений закрытого типа, бродяжничество в прошлом

ЧАСТЬ IV: ПЛАН РАБОТЫ СО СЛУЧАЕМ

(план индивидуального социально-психологического сопровождения несовершеннолетнего)

Цель 1 _____

Средства достижения цели

Цель 2 _____

Средства достижения цели

Цель 3 _____

Средства достижения цели

Цель 4 _____

Средства достижения цели

Приложение 2.

Статистические таблицы исследования

Таблица П. 2. Распределения характеристик подростков, баллов и оценок, в целом по выборке, в подгруппах в зависимости от пола, и факта направления на КДНиЗП, с оценкой статистической значимости различий подгрупп направлявшихся и не направлявшихся на КДНиЗП

№ Блока	№ признака	Название признака, статистический показатель	Доля/среднее значение в выборке	Пол		А – направленные на КДНиЗП	Б – не направленные на КДНиЗП	Δ	p≤
				Мужской	Женский				
суда	101	Совершение правонарушений, не повлекших привлечения к ответственности (отмечается, если подросток был поставлен на учет или рассматривался на заседании КДН), %	62,2	63,9	57,4	85,5	53,4	32,1	0,001
	102	Неуспешность профилактической работы в отношении подростка, совершавшего правонарушения (совершает правонарушения, несмотря на профилактическую работу), %	35,4	40,6	20,4	57,9	22,6	35,3	0,001
	103	Совершение общественно опасных деяний, подлежащих уголовной ответственности, но не повлекших ее по различным законным обстоятельствам (ч. 1, ч. 3 ст. 20 УК РФ, ст. 76 УК РФ), %	16,3	21,3	1,9	30,3	8,3	22,0	0,001
	104	Несовершеннолетний привлекался к уголовной, гражданской, административной ответственности и в отношении него был вынесен приговор либо судебное решение, %	9,1	8,4	11,1	11,8	7,5	4,3	н/з
	105	Несовершеннолетний был осужден к лишению свободы (отбыл наказание) либо неоднократно привлекался к уголовной или иной ответственности, %	1,0	1,3	0,0	2,6	0,0	2,6	н/з
	106	Суммарный балл по блоку 1. Совершенные в прошлом и текущие правонарушения/решения суда, М	1,24	1,35	0,91	1,84	0,89	0,95	0,001
106	Оценка риска по блоку 1., М (Низкий (0), Средний (1–2), Высокий (3–5))	1,83	1,88	1,69	2,16	1,64	0,52	0,001	

Таблица П. 2. Продолжение

№ Блока	№ признака	Название признака, статистический показатель	Доля/среднее значение в выборке	Пол		А – направленные на КДНиЗП	Б – не направленные на КДНиЗП	Δ	p≤
				Мужской	Женский				
201		Неадекватный уровень контроля (отсутствие контроля либо, наоборот, гиперлека), %	58,9	58,1	61,1	63,2	56,4	6,8	н/з
			56,5	55,5	59,3	68,4	47,4	21,0	0,05
203		Применение неприемлемых и неадекватных дисциплинарных методов (наказания несоразмерные проступкам, уничижение личности ребенка, угрозы, принуждение), %	12,0	13,5	7,4	15,8	9,8	6,0	н/з
204		Непоследовательное воспитание (противоречия в воспитательных воздействиях, отсутствие понятных правил поведения), %	58,9	58,7	59,3	68,4	53,4	15,0	0,05
205		Плохие взаимоотношения: отец – ребенок (излишне напуганные либо, наоборот, отчужденные взаимоотношения, являются проблемой для подростка даже во время отсутствия отца или после смерти отца), %	19,6	20,6	16,7	19,7	19,5	0,2	н/з
206		Плохие взаимоотношения: мать – ребенок (излишне напуганные либо наоборот отчужденные взаимоотношения. Являются проблемой для подростка даже во время отсутствия или после смерти матери), %	29,7	25,2	42,6	38,2	24,8	13,4	н/з
207		Суммарный балл по блоку 2. Семейные обстоятельства/выполнение родительских/опекунских обязанностей, М	2,34	2,33	2,37	2,74	2,11	0,62	0,01
207		Оценка риска по блоку 2.: М (Низкий (0–2), Средний (3–4), Высокий (5–6))	1,54	1,54	1,54	1,72	1,43	0,30	0,01

Таблица П. 2. Продолжение

№ Блока	№ признака	Название признака, статистический показатель	Доля/ среднее значение в выборке	Пол		А – направленные на КДНиЗП	Б – не направленные на КДНиЗП	Δ	p≤
				Мужской	Женский				
3. Образование/Трудовая занятость	301	Плохое поведение в классе (на уроке) (создает проблемы остальным ученикам), %	37,8	46,5	13,0	38,2	37,6	0,6	н/з
	302	Плохое поведение в школе (совершает агрессивные или противоправные поступки), %	32,1	40,0	9,3	40,8	27,1	13,7	0,05
	303	Низкая успеваемость (не учится в силу своих возможностей или не имеет достаточных базовых знаний), %	60,3	61,9	55,6	65,8	57,1	8,7	н/з
	304	Проблемы во взаимоотношениях со сверстниками (замкнут, конфликтует с остальными учениками или не принимается коллективом), %	30,6	36,1	14,8	36,8	27,1	9,7	н/з
	305	Проблемы во взаимоотношениях с учителями (вражда, регулярные конфликты), %	33,0	36,1	24,1	40,8	28,6	12,2	н/з
	306	Пропуски (пропускает уроки и учебные дни без уважительных причин), %	51,2	46,5	64,8	64,5	43,6	20,9	0,05
	307	Не учится, не занимается общественно-полезной деятельностью (не планирует дальнейшее обучение и карьеру), %	28,2	27,7	29,6	36,8	23,3	13,5	0,05
	308	Суммарный балл по блоку 3. Образование/Трудовая занятость, М	2,74	2,95	2,11	3,24	2,45	0,79	0,01
	308	Оценка риска по блоку 3., М (Низкий (0), Средний (1–3), Высокий (4–7))	2,14	2,21	1,96	2,34	2,03	0,31	0,001

Таблица П. 2. Продолжение

№ Блока	№ признака	Название признака, статистический показатель	Доля/среднее значение в выборке	Пол		А – направленные на КДНизП	Б – направленные на КДНизП	Δ	p≤
				Мужской	Женский				
4. Взаимотношения со сверстниками	401	Есть приятели с социальными/антисоциальными взглядами и друзьями (т. е. у подростка есть приятели из числа тех, кто был осужден или находится под следствием/судом, или имеет асоциальные взгляды, %	49,8	49,7	50,0	63,2	43,6	19,6	0,05
	402	Есть друзья с асоциальными/антисоциальными взглядами и друзьями, %	32,5	34,8	25,9	47,4	24,1	23,3	0,001
	403	Нет или мало социально адаптированных приятелей (которые могут служить образцом для подражания), %	42,6	47,1	29,6	55,3	35,3	20,0	0,01
	404	Нет или мало социально адаптированных друзей, %	25,8	26,5	24,1	38,2	18,8	19,4	0,01
	405	Суммарный балл по блоку 4. Взаимотношения со сверстниками, М	1,51	1,57	1,33	2,03	1,21	0,82	0,001
	405	Оценка риска по блоку 4., М (Низкий (0–1), Средний (2–3), Высокий (4))	1,62	1,63	1,57	1,86	1,48	0,37	0,001
5. Употребление наркотиков, алкоголя и иных ПАВ	501	Редкое употребление наркотиков, ингалянтов, а также алкоголя, %	31,6	29,7	37,0	50,0	21,1	28,9	0,001
	502	Систематическое употребление наркотиков или ингалянтов (как минимум два раза в неделю), %	5,7	5,8	5,6	11,8	2,3	9,5	0,05
	503	Систематическое употребление алкоголя (чаще трех раз в неделю), %	3,3	3,9	1,9	7,9	0,8	7,1	0,01
	504	Употребление наркотиков, ингалянтов или алкоголя препятствует нормальной деятельности (ограничивает физические или социальные возможности подростка), %	6,7	7,1	5,6	11,8	3,8	8,0	0,05
	505	В результате употребления наркотиков или алкоголя случались правонарушения, %	15,8	16,8	13,0	30,3	7,5	22,8	0,001
	506	Суммарный балл по блоку 5. Употребление наркотиков, алкоголя и иных ПАВ	0,64	0,64	0,63	1,13	0,35	0,78	0,001
506	Оценка риска по блоку 5., М (Низкий (0), Средний (1–2), Высокий (3–5))	1,43	1,42	1,44	1,71	1,26	0,45	0,001	

Таблица П. 2. Продолжение

№ Блока	№ признака	Название признака, статистический показатель	Доля/среднее значение в выборке	Пол		А – на- прав- ленные на КДНиЗП	Б – не на- прав- ленные на КДНиЗП	Δ	p ≤
				Муж- ской	Жен- ский				
6. Досуг/свободное время	601	Недостаточно организованный досуг (не посещает спортивные секции, кружки и т. д.), %	46,9	47,1	46,3	59,2	39,8	19,4	0,01
	602	Непродуктивное использование времени (проводит слишком много времени, по сравнению с другими подростками, за бесцельными занятиями), %	60,3	61,3	55,6	73,7	52,6	21,1	0,01
	603	Отсутствие личных интересов (спорта, хобби, чтения и т. д.), %	37,8	39,4	31,5	52,6	29,3	23,3	0,001
	604	Суммарный балл по блоку 6. Досуг/свободное время, М	1,45	1,49	1,33	1,86	1,22	0,64	0,001
	604	Оценка риска по блоку 6., М (Низкий (0), Средний (1), Высокий (2–3))	2,16	2,19	2,09	2,42	2,02	0,41	0,001
	701	Завышенная или неустойчивая самооценка (самоомнение или самоуничи- жение), %	47,8	45,8	53,7	55,3	43,6	11,7	н/з
	702	Склонен к физической агрессии (вместо конструктивных способов улажи- вания противоречий с другими людьми), %	22,0	27,1	7,4	26,3	19,5	6,8	н/з
	703	Бывают вспышки неконтролируемого гнева, %	31,1	34,2	22,2	44,7	23,3	21,4	0,05
7. Личные качества/поведение	704	Гиперактивность, нарушения внимания (не может сосредоточиться на задаче), %	36,8	43,9	16,7	46,1	31,6	14,5	0,05
	705	Плохо переносит неудачи (занимает оборонительно – агрессивную позицию), %	23,9	23,9	24,1	26,3	22,6	3,7	н/з
	706	Отсутствие чувства вины и ответственности за свои действия, %	48,3	52,3	35,2	60,5	41,4	19,1	0,01
	707	Склонность к вербальной (словесной) агрессии (часто использует грубые, оскорбительные или угрожающие выражения), %	41,1	41,9	37,0	50,0	36,1	13,9	н/з
	708	Суммарный балл по блоку 7. Личные качества/поведение, М	2,51	2,7	1,96	3,09	2,18	0,91	0,001
	708	Оценка риска по блоку 7., М (Низкий (0), Средний (1–4), Высокий (5–7))	2,0	2,05	1,87	2,14	1,92	0,23	0,01

Таблица П. 2. Продолжение

№ Блока	№ признака	Название признака, статистический показатель	Доля/среднее значение в выборке	Пол		А – на- прав- ленные на КДНиЗП	Б – не на- правленные на КДНиЗП	Δ	p≤
				Муж- ской	Жен- ской				
8. Жизненные установки	801	Антисоциальные/криминальные установки (ориентирован на социальную или криминальную карьеру), %	18,7	18,7	18,5	30,3	12,0	18,3	0,01
	802	Не обращается за помощью, %	58,4	60,6	51,9	71,1	51,1	20,0	0,01
	803	Отвергает помощь (сопротивляется попыткам оказать ему личную или профес- сиональную помощь), %	28,7	31,0	22,2	43,4	20,3	23,1	0,001
	804	Не признает общественные авторитеты (подrostок отказывается выполнять указания родителей, преподавателей; враждебно относится к представителям правоохранительных и правоприменительных органов; подвержен «криминаль- ной романтике»), %	26,8	31,0	22,2	44,7	16,5	28,2	0,001
	805	Не проявляет сочувствие, сопереживание, заботу, %	23,4	30,3	16,7	31,6	18,8	12,8	0,05
	806	Суммарный балл по блоку 8. Жизненные установки. М	1,56	1,65	1,31	2,21	1,20	1,02	0,001
9. Социально-психологические факторы риска	Общий балл	Оценка риска по блоку 8., М (Низкий (0), Средний (1–3), Высокий (4–5))	1,83	1,87	1,70	2,08	1,68	0,39	0,001
	901	Суммарный балл по блокам 1–8, М	13,99	14,69	11,96	18,13	11,62	6,52	0,001
	902	Финансовые/жилищные проблемы (которые семья переживает в настоящее время), %	34,4	32,3	40,7	39,5	31,6	7,9	н/з
	903	Неблагоприятные жилищные условия (отсутствуют минимально-необходимые условия), %	10,5	9,7	13,0	11,8	9,8	2,0	н/з
	904	Проблемы с адаптацией в новой культурной/этнической среде, %	4,3	5,2	1,9	7,9	2,3	5,6	н/з
	905	Криминальная наследственность (наличие судимостей у родителей, братьев, сестер), %	12,0	12,3	11,1	17,1	9,0	8,1	н/з
	906	Эмоциональное и психическое расстройство родителей, %	7,2	7,1	7,4	11,8	4,5	7,3	н/з
	907	Злоупотребление родителями наркотиками/алкоголем, %	24,4	23,2	27,8	32,9	19,5	13,4	0,05
	908	Серьезные проблемы в семейной жизни (конфликт, развод, болезнь, смерть родителей), %	45,5	42,6	53,7	51,3	42,1	9,2	н/з
	908	Серьезные эмоциональные травмы в семье (потеря одного из родителей, повторный брак), %	22,5	23,9	18,5	32,9	16,5	16,4	0,01

Таблица П. 2. Продолжение

№ Блока	№ при- знака	Название признака, статистический показатель	Доля/ среднее значение в выборке	Пол		А – на- прав- ленные на КДНиЗП	Б – не на- правленные на КДНиЗП	Δ	p≤
				Муж- ской	Жен- ский				
9. Окончание	909	Отсутствие сотрудничества со стороны родителей: один или оба родители не интересуются проблемами подростка, не принимают участия в их решении, %	33,0	31,0	38,9	44,7	26,3	18,4	0,01
	910	Жестокое обращение со стороны отца, %	1,4	1,9	0,0	0,0	2,3	-2,3	н/з
	911	Жестокое обращение со стороны матери, %	4,8	4,5	5,6	5,3	4,5	0,8	н/з
	912	Социально-педагогическая запущенность, %	44,0	43,2	46,3	63,2	33,1	30,1	0,001
	913	Угроза со стороны третьих лиц, %	1,4	1,9	0,0	2,6	0,8	1,8	н/з
	914	Серьезная зависимость от компьютерных или азартных игр, %	3,8	5,2	0,0	7,9	1,5	6,4	0,05
	915	Отсутствие или неучастие в воспитании одного или обоих родителей, %	36,4	38,1	31,5	50,0	28,6	21,4	0,01
	916	Отсутствие у подростка жизненных планов и склонность к «девиантной карьере», %	27,3	27,7	25,9	43,4	18,0	25,4	0,001
	1001	Проблемы со здоровьем, болезненность, %	20,1	23,9	9,3	21,1	19,5	1,6	н/з
	1002	Инвалидность по какому-либо соматическому заболеванию, %	1,4	1,9	0,0	0,0	2,3	-2,3	н/з
10. Проблемы физического здоровья	1003	Наличие похимического расстройства, %	6,7	8,4	1,9	15,8	1,5	14,3	0,001
	1004	Низкие умственные способности/задержка/отставание в развитии, %	24,4	27,7	14,8	28,9	21,8	7,1	н/з
	1005	Сниженный эмоциональный тонус: у подростка часто наблюдается сниженное настроение, апатия, пессимизм, %	15,8	17,4	11,1	21,1	12,8	8,3	н/з
	1006	Попытки суицида или самоповреждения, %	2,9	2,6	3,7	2,6	3,0	-0,4	н/з
	1101	Низкая самооценка, %	14,8	12,9	20,4	15,8	14,3	1,5	н/з
	1102	Низкий уровень социальных навыков (плохо справляется с социальными ситуациями), %	22,0	23,9	16,7	26,3	19,5	6,8	н/з
11. Психосо- мальные проблемы	1103	Недостаток/отсутствие коммуникативных навыков, %	26,8	29,7	18,5	38,2	20,3	17,9	0,05

Таблица П. 2. Окончание

№ Блока	№ признака	Название признака, статистический показатель	Доля/среднее значение в выборке	Пол		А – на- прав- ленные на КДНизП	Б – не на- прав- ленные на КД- НизП	Δ	p≤
				Муж- ской	Жен- ский				
11. Окончание	1104	Недостаточное развитие навыков разрешения конфликтов, %	44,0	47,1	35,2	57,9	36,1	21,8	0,01
	1105	Не признает проблемы в своем поведении или вину за свои действия, %	44,5	47,1	37,0	56,6	37,6	19,0	0,01
	1106	Трудности в обучении (не справляется с учебной программой), %	43,5	43,2	44,4	53,9	37,6	16,3	0,05
	1107	Круг общения не соответствует возрасту (сильно младше или старше), %	22,0	20,0	27,8	38,2	12,8	25,4	0,001
	1108	Неспособность противостоять влиянию старших и сверстников, %	26,3	29,0	18,5	42,1	17,3	24,8	0,001
	1201	Жертва физического/сексуального преступления (подвергался наси- лию), %	0,5	0,6	3,7	2,6	0,8	1,8	н/з
	1202	Проблемы сексуального развития и поведения, %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	–
	1203	Случаи физического/сексуального насилия в прошлом по отношению к другим, %	0,5	0,6	0,0	1,3	0,0	1,3	н/з
12. Предыстория криминализации	1204	Насилие в отношении старших по возрасту или статусу, %	0,5	0,6	0,0	0,0	0,8	-0,8	н/з
	1205	Использование оружия, %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	–
	1206	Поджоги или попытки поджогов в прошлом, %	1,4	1,9	0,0	3,9	0,0	3,9	0,05
	1207	Экстремизм во взглядах, нетерпимость к отдельным социальным группам, %	2,4	3,2	0,0	3,9	1,5	2,4	н/з
	1208	Побег из дома, учреждений закрытого типа, бродяжничество в прош- лом, %	6,2	5,8	7,4	13,2	2,3	10,9	0,01
	1209	Находится в поле зрения административных и правоохранительных органов, опеки, социальных служб, %	45,5	43,2	51,9	69,7	31,6	38,1	0,001
	Оценка риска		Общая оценка уровня риска сотрудником, отвечающим за случай (1 – низкий, 2 – средний, 3 – высокий, 4 – очень высокий)	1,81	1,87	1,63	2,27	1,77	0,50

Отпечатано в типографии «П-Центр»
Москва, ул. Академика Королева, 13
Заказ № 25. Тираж 500 экз.
Распространяется бесплатно.